

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1921.

THÈSE

POUR

N° 503

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

---

# RAPPORTS DU TABÈS

AVEC

## LA PUERPÉRALITÉ

PAR

S. PELOSOF

---

*Président : M. JEANSELME, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1921



503

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Pol.

Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1921

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

---

# RAPPORTS DU TABÈS

AVEC

## LA PUERPÉRALITÉ

PAR



S. PELOSOFF

---

*Président : M. JEANSELME, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1921

# Faculté de Médecine de Paris

**DOYEN**.....

M. ROGER

**PROFESSEURS**.....

MM.

Anatomie.....

NICOLAS

Anatomie médico-chirurgicale.....

CUNEO

Physiologie.....

CH. RICHET

Physique médicale.....

André BROCA.

Chimie organique et chimie générale.....

DESGREZ

Bactériologie.....

BEZANÇON

Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....

BRUMPT

Pathologie et Thérapeutique générale.....

MARCEL LABBE

Pathologie médicale.....

RENON

Pathologie chirurgicale.....

LECENE.

Anatomie pathologique.....

LETULLE

Histologie.....

PRENANT

Pharmacologie et matière médicale.....

POUCHET

Thérapeutique.....

CARNOT

Hygiène.....

LÉON BERNARD

Médecine légale.....

BALTHAZARD

Histoire de la médecine et de la chirurgie.....

MENETRIER

Pathologie expérimentale et comparée.....

ROGER

Clinique médicale.....

ACHARD

WIDAL

GILBERT

CHAUFFARD

MARFAN

NOBECOURT

Hygiène et clinique de la 1<sup>re</sup> enfance.....

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-  
céphale.....

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....

DUPRE

JEANSELME

Clinique des maladies du système nerveux.....

PIERRE MARIE

Clinique des maladies contagieuses.....

TEISSIER

DELBET

LEJARS

HARTMANN

GOSSET

DE LAPERSONNE

LEGUEU

BAR

COUVELAIRE

BRINDEAU

J. L. FAURE

AUGUSTE BROCA

VAQUEZ

SEBILEAU

DUVAL

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI  
ALGLAVE  
BASSET  
BAUDOIN  
BLANCHETIÈRE  
BRANCA  
CAMUS  
CHAMPY  
CHEVASSU  
CHIRAY  
CLERC  
DEBRÉ  
DESMARET

DUVOIR  
FIESSINGER  
GARNIER  
GOUGEROT  
GREGOIRE  
GUENIOT  
GUILLAIN  
GUILLEMINOT  
HEITZ-BOYER  
JOYEUX  
LABBE (HENRI)  
LAIGNEL-LAVASTINE  
LANGLOIS

LARDENNOIS  
LE LORIER  
LEMIERRE  
LEQUEUX  
LEREBOULLET  
LERI  
LEVY-SOLAL  
MATHIEU  
METZGER  
MOCQUOT  
MULON  
OKINCZYC  
PHILIBERT

RATHERY  
REITTERER  
RIBIERRE  
RICHAUD  
ROUSSY  
ROUVIERE  
SCHWARTZ (A)  
TANON  
TERRIEN  
TIFFENEAU  
VILLARET

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SOEURS

A MES COUSINS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME,

PROFESSEUR DE DERMATHOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN,  
MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR FAISANS,  
MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR PIERRE BAZY,  
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN,  
ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

M. LE DOCTEUR BROCC,  
MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION,  
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

M. LE PROFESSEUR SEBILEAU,  
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE,  
ACCOUCHEUR DE LA CHARITÉ

A M. LE DOCTEUR BURNIER,  
CHEF DE CLINIQUE A L'HOPITAL ST-LOUIS

*Témoignage de reconnaissance.*

A MON AMI DISTINGUÉ  
M. LE DOCTEUR R. LEFEUNTEUN,  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Sentiments de gratitude et de profonde amitié.*

## Historique

---

Grâce aux travaux remarquables de Fournier, qui ont mise en lumière l'origine spécifique du tabès, la coexistence de la gestation avec cette affection est devenue aujourd'hui moins rare qu'on le croyait autrefois. Il est certain que des grossesses évoluaient chez des tabétiques méconnues, grossesses qui le plus souvent se terminaient par un avortement ou un accouchement prématuré.

L'histoire des relations entre le tabès et l'état puerpéral ne remonte pas bien loin, et les observations recueillies jusqu'à ce jour ne sont pas nombreuses ; soit, parce que dans la période préataxique, les perturbations causées par la grossesse sur le tabès, entraînent une erreur de diagnostic, comme nous le verrons dans certaines observations des vomissements incoercibles de la grossesse) ; soit, parce que dans la période de grande ataxie, l'éventualité d'une grossesse est rare, les grandes ataxiques étant souvent stériles, et l'ataxie vraie se déclarant à un âge où la grossesse est peu fréquente.

C'est en 1896 que Wilson (Thomas) rapporte la première observation d'une malade ataxique ayant eu cinq accouchements à peu près normaux. Obernier mentionne (1865) un autre cas, dont l'accouchement s'est terminé sans incidents. Mac Donald observa une tabéti-

que à la fin de sa grossesse et lors de l'accouchement, qui s'accompagna de rétention placentaire. Mœbius et Erb citent quelques observations de femmes tabétiques dont la grossesse et l'accouchement se sont terminés normalement.

Litchkus publie dans le *Vratch* la première observation détaillée de grossesse et d'accouchement au cours du tabès ; l'auteur attire l'attention sur l'absence de perception par la mère des mouvements fœtaux et sur la lenteur du travail jusqu'à la période d'expulsion qui est au contraire rapide.

Dans une communication à la société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, Médail étudie l'action de la grossesse sur le tabès.

Bernhardt montre que le tabès n'exerce aucune influence sur l'état puerpéral et vice versa.

Des observations détaillées de grossesse et d'accouchements dans le tabès sont publiées par Heitz, Mirabeau, Cohn, Mlle Sandberg, etc.

Le 4 mai 1900, Touche présente à la Société Médicale des hôpitaux, une observation où il montre l'importance du diagnostic entre les vomissements incoercibles de la grossesse et les crises gastriques du tabès.

En 1903, Grenier de Cardenal, dans sa thèse, fit une étude approfondie des rapports du tabès avec la grossesse et l'accouchement. Il y rapporte des observations des accouchements indolores signalés dans le tabès par Mirabeau, Cohn, Heitz, etc.

Dufour et Cottenot, dans la séance du 5 décembre 1908 à la Société de Neurologie, et dans la séance du 5 février 1909 à la Société Médicale des hôpitaux, ont publié des cas intéressants de coexistence de tabès et de

grossesse.

En 1910, Mme Gaussel-Ziegelmann, dans un très intéressant article, passant en revue les rapports du tabès avec la puerpéralité, étudie surtout la pathogénie des troubles occasionnés par le tabès sur la gestation.

En 1912, Strack, dans sa thèse (Nancy), a fait une bonne étude de la question à propos d'une observation de Frühinsholz.

Enfin, Huet, une année plus tard, dans sa thèse (Lille) relata l'importance d'un diagnostic précoce, toutes les fois qu'on se trouve en présence de vomissements incoercibles ou de crises gastriques chez les femmes en état de gestation, et chez lesquelles ces mêmes symptômes associés ou isolés, peuvent être le seul indice d'un tabès au début.

Il faut encore citer à propos du tabès chez la femme, les travaux de Mendel, Pitres, qui étudient la descendance des tabétiques et la fréquence de la stérilité chez les femmes atteintes d'ataxie locomotrice (Mendel, Remak, Friedrichsen, Mœbius, etc.).

---

## FÉCONDITÉ DES FEMMES TABÉTIQUES

---

Comment se comporte la maladie de Duchenne au point de vue de la fonction menstruelle et de la conception ?

Diverses modalités peuvent s'observer. On peut d'abord constater chez les femmes tabétiques l'*absence absolue de la fonction menstruelle* par suite d'une altération profonde et précoce de la fonction ovarienne. Des modifications du flux menstruel pourraient s'expliquer par l'anémie que présentent souvent des malades, par la vie sédentaire à laquelle elles sont parfois condamnées, et enfin par le séjour au lit aux stades avancés de la maladie.

Les *facultés génitales* des tabétiques sont très souvent *diminuées* ou *abolies*. Il existe, suivant les observations de Grenier de Cardenal, des règles douloureuses et à peu près régulières chez les femmes tabétiques.

La *stérilité* est *relative* et paraît être sous la dépendance de plusieurs facteurs : l'âge avancé auquel survient le tabès, la diminution de l'appétit sexuel, la frigidité, l'atténuation ou l'abolition des sensations au moment des rapprochements ; enfin, le gros facteur de la stérilité relative des tabétiques est l'infection syphilitique.

D'après les statistiques de Mendel, Pitres, Grenier de Cardenal, etc., le nombre des femmes tabétiques stériles serait de 30 à 33 pour 100, et en dehors du tabès la stérilité s'observe dans 10 pour 100 des ménages.

Néanmoins, une femme tabétique étant à peu près normale au point de vue génital, peut devenir enceinte, surtout si son tabès a été dès son apparition traité énergiquement, comme dans l'observation que nous publions plus loin, d'une femme qui se sentit enceinte à sa grande surprise pour la première fois, neuf ans après son mariage.

---

## TABÈS ET GROSSESSE

---

La grossesse se comporte d'une façon différente aux divers stades de la maladie. Son évolution est parfois régulière chez des tabétiques confirmées, et des observations de grossesse normale au cours du tabès sont rapportées dans la littérature médicale.

Cependant, des accidents à allure insidieuse et qui peuvent prendre une acuité particulière, sont signalés au cours de la grossesse chez la femme tabétique.

C'est ainsi que les *vomissements* sont souvent pénibles et prennent parfois le type incoercible ; telle une malade d'Abadie et Grenier de Cardenal qui, à chaque grossesse, souffrait de vomissements très pénibles. Dans le cas de Frùhinsholz, on note à chaque grossesse des vomissements incoercibles avec crampes et douleurs épigastriques.

L'observation de la tabétique de Dufour et Cottenot, permet à ces deux auteurs de faire un rapprochement entre les vomissements incoercibles de la femme enceinte et les troubles gastriques du tabès. Enfin, Touche, à la Société Médicale des hôpitaux, dans une observation qu'il présenta le 4 mai 1900, montre l'importance du diagnostic entre les vomissements incoercibles de la grossesse et les crises gastriques du tabès.

Il semble que le tabès donne un coup de fouet à la grossesse et inversement. La malade de Leyden présentait des vomissements si graves qu'on fut obligé de recourir à l'avortement, mais après l'opération, les vomissements persistèrent et l'on s'aperçut que la femme avait un début de tabès. Dans le cas de Demelin, les vomissements se sont déclarés chez une tabétique en pleine crise, l'enfant naquit mort et macéré.

Nous citerons encore une observation de Touche, bien qu'il ne s'agisse pas d'une femme enceinte, mais cette femme qui a eu une grossesse normale, a vu survenir quelque temps après de véritables crises gastriques au moment de ses règles et ce fut le seul symptôme pendant de longues années. L'apparition des douleurs fulgurantes et de signes d'incoordination montrèrent qu'il s'agissait d'un tabès. Ces crises gastriques survenant à l'occasion des règles, nous semblent présenter une certaine analogie avec les crises gastriques chez les femmes enceintes tabétiques.

Enfin, dans l'observation d'Oettinger, la malade actuellement tabétique confirmée n'a eu pendant les 5 premières grossesses que des crises gastriques violentes comme seul symptôme, aucune crise ne s'était produite en dehors de la gestation. Ce n'est que 8 ans après la 1<sup>re</sup> grossesse que la malade a eu pour la première fois une crise gastrique sans être enceinte. Depuis lors cet accident se reproduisit avec une fréquence croissante, et des signes objectifs du tabès se sont progressivement installés.

Comment reconnaître une crise gastrique tabétique

chez une femme enceinte, d'une crise gastrique due à la gestation ?

En réalité, le diagnostic différentiel entre les deux syndromes est extrêmement difficile. La crise gastrique appartenant comme l'ont établi Charcot et Fournier à la période préataxique du tabès, il est relativement rare de la voir apparaître au cours d'un tabès confirmé avec ataxie. D'autre part, les crises gastriques survenant seulement à l'occasion d'une grossesse sont fort difficiles à distinguer des vomissements incoercibles de l'état gravidique qui donnent parfois une symptomatologie à peu près identique. L'intensité des phénomènes douloureux, quand ils existent, pourraient mettre sur la voie, mais beaucoup plus important serait, comme l'ont établi les travaux de MM. R. Monod, Widal, Sicard et Ravaut, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ; dans le tabès existe en effet une réaction méningée constante, se traduisant par une abondante lymphocytose, une hyper-albuminose ; enfin la réaction de Wassermann pourrait parfois déceler le processus spinal en activité.

Le Professeur Grasset signale encore les *troubles de la sensibilité profonde*.

Comme autres symptômes cliniques que peut présenter la femme enceinte tabétique, signalons du côté de l'appareil visuel des *paralysies de la musculature externe* ou des signes de *névrite optique* qui peuvent exister comme complication de la grossesse, en dehors de toute affection médullaire, mais qui plus souvent sont fonction d'un tabès jusque-là latent.

En ce qui concerne l'appareil urinaire, on peut encore observer des *troubles vésicaux*, qu'il faudra mettre dans certains cas sur le compte d'une lésion du système nerveux, et dans d'autres rapporter à la grossesse. Là encore, il importera de préciser le diagnostic.

Un signe plus intéressant et plus caractéristique qui marque l'évolution de la grossesse des tabétiques est l'*absence de perception par la mère des mouvements fœtaux* pendant toute la grossesse. Ce fait signalé par Mirabeau, Heitz, Thiess, etc., retrouvé aussi dans notre observation, constitue un signe important. La malade de Thiers, après avoir eu sept grossesses où elle sentit les mouvements actifs du fœtus, ne les perçut plus à sa huitième grossesse.

L'*accouchement prématuré* s'observe surtout quand la syphilis n'a pas épuisé son action, soit parce qu'elle a été mal traitée, soit qu'elle ait été contractée à une époque relativement récente avant l'éclosion du tabès.

Enfin, pendant la grossesse, les tabétiques peuvent présenter en dehors de l'exagération des phénomènes sympathiques, de l'amaigrissement, de l'anorexie, des névralgies diverses, de la décalcification générale qui entraîne le déchaussement des dents, des fractures spontanées, et des arthropathies qui peuvent être une cause de dystocie au moment de l'accouchement.

## OBSERVATION I

(Dufour et Cottenot)

*Société Médicale des Hôpitaux de Paris, (5 février 1909)*

Il s'agit d'une dame S..., blanchisseuse, âgée de 35 ans, entrée le 3 novembre 1908, dans le service de médecine de la Maternité.

Troisième grossesse actuellement au quatrième mois, a fait elle-même son diagnostic, vomissements incoercibles.

Lorsqu'elle devint enceinte pour la première fois, à 26 ans, elle a eu des vomissements continuels. Traitée par des lavements alimentaires et des injections de sérum.

De même pendant la deuxième grossesse, on porta le diagnostic des vomissements incoercibles. Même diagnostic pour la troisième. Actuellement les vomissements sont incessants. Pendant leur durée, douleurs abdominales spontanées et intenses, augmentées par la pression sur le creux épigastrique.

Ne tolère aucun aliment, ptyalisme marqué.

La crise des vomissements s'accompagne d'abattement, de dépression des forces et d'amaigrissement.

Pouls normal, urines normales.

Pendant les périodes d'accalmie, la malade s'alimente et digère bien. Entre ses grossesses, la malade ne s'est jamais préoccupée de sa santé.

L'interrogatoire révèle qu'avant sa première grossesse, elle n'a jamais eu de crises de vomissements. Dans les dernières années, elle eut tous les deux mois, principalement au moment des règles, des douleurs très vives avec vomissements et diarrhée. A l'examen de la malade, on relève des cicatrices multiples sur les membres inférieurs ; elles n'atteignent que la peau. Pas de renseignements à leur sujet, la malade ignore si elle a eu la syphilis.

Diminution de sensibilité au membre inférieur droit. Ré-

flexes conservés. Pendant les crises de vomissements, le réflexe rotulien droit diminue et peut même disparaître.

Le signe d'Argyll-Robertson existe.

Les deux enfants nés des accouchements antérieurs sont morts, l'un à deux jours, l'autre à six semaines. Le mari nie la syphilis.

Pendant toute cette grossesse, la malade a eu de ces crises de vomissements par période, soumise au traitement spécifique continu sous forme de piqûres de biodure de Hg, elle accouche à terme, le 23 avril, d'une enfant bien constitué.

---

## OBSERVATION II

*(Dufour et Cottenot)*

Mme B..., âgée de 29 ans, entre au service de Médecine de la Maternité, le 5 décembre 1908. Enceinte de trois mois. Vomit continuellement. Rend tous les aliments et rejette en plus une quantité considérable de liquide verdâtre. C'est sa deuxième grossesse. La première, il y a quatre ans, s'est terminée par un avortement au sixième mois. Pendant toute sa durée, elle a vomi. Pour la grossesse actuelle, les vomissements apparaissent quinze jours après la cessation des règles. Elle fut d'abord soignée chez elle, puis aux hôpitaux Saint-Michel et Necker ; elle entre enfin ici.

Les vomissements sont continus, alimentaires, et bilieux, ils se produisent avec effort, céphalalgie et hoquets. Douleurs vives dans les flancs et pyalisme.

La malade est constipée, urines normales, température normale, pouls varie de 65 à 90.

A l'examen, femme très anémiée, affaiblie et amaigrie. Son poids est de 38 kg. 500.

Etat grave, pronostic réservé.

Il existe : inégalité pupillaire ; abolition des réflexes rotuliens, achilléens et des réflexes des membres supérieurs ; dissociation de la sensibilité au niveau des membres inférieurs des deux côtés, sensibilité thermique conservée, sensibilité à la piqure très affaiblie. Incoordination des membres inférieurs.

Dans la dernière semaine de décembre, vomissements moins fréquents. On traite la malade par des lavements salés, des lavements alimentaires et des injections de sérum. Puis, dès qu'on le peut, doses de lait glacé et alimentation progressive. L'utérus continue à se développer. La malade dit sentir remuer vers le début de février.

Malgré le traitement spécifique, elle fait une fausse couche le 6 février.

---

### OBSERVATION III (*Touche*)

*Société médicale des Hôpitaux (4 mai 1900)*

*Grossesse compliquée de vomissements incoercibles suivie de tabès avec crises gastriques*

Mme G..., quarante ans, de famille saine, mariée à vingt et un ans à un mari bien portant, eut un premier enfant au bout d'un an, enfant encore vivant et de bonne santé.

A ving-six ans, seconde grossesse, compliquée de vomissements incoercibles. La malade ne souffrait pas de l'estomac, mais il existait une intolérance presque absolue qui déterminait le rejet immédiat et sans grand effort ni douleur, de ce qu'elle avait ingéré. Ces vomissements se prolongèrent jusqu'au septième mois, époque où eut lieu l'accouchement. L'enfant succomba au bout de six semaines.

A vingt-huit ans, troisième grossesse tout à fait normale, terminée par la naissance à terme d'un enfant vivant et bien portant.

A trente-trois ans, quatrième grossesse. Dès son début, la

malade éprouva de vives douleurs gastriques, c'était une sensation permanente d'ardeur stomacale qui n'était nullement calmée par le vomissement. Les vomissements étaient extrêmement douloureux. La malade sait très bien distinguer ces troubles gastriques des vomissements de la grossesse qu'elle avait eus antérieurement ; les accidents de la dernière grossesse avaient tous les caractères des crises gastriques tabétiques qu'elle éprouva plus tard.

Au septième mois, la malade commença à éprouver une douleur très vive dans la région dorsale, douleur qu'elle compare à la pénétration d'une vrille dans la colonne dorsale.

L'accouchement se fit à terme, mais l'enfant succomba au bout de six semaines à la diarrhée infantile.

Les douleurs gastriques, les vomissements persistèrent après la fin de la grossesse et n'ont pas cessé jusqu'à l'époque actuelle. En outre, vives douleurs dans les membres inférieurs, douleurs fulgurantes typiques et brusques faiblesses des jarrets jetant brusquement la malade sur le sol.

Les crises gastriques revenaient en moyenne une fois par quinzaine, d'autant plus intenses qu'elles étaient plus éloignées. Elles s'accompagnaient quelquefois de crises de rétention d'urine, de sueurs profuses siégeant surtout à la face et d'érythèmes dorso-lombaires prurigineux.

Jamais de crises rectales ni laryngées.

En revanche, pendant les quatre années qui suivirent l'accouchement, la malade éprouva des crises de douleurs très vives, qui partaient du bord gauche de l'utérus, remontaient dans la fosse iliaque gauche et s'irradiaient dans la profondeur de l'abdomen jusqu'au niveau de l'épigastre. D'après ce que racontait la malade, cette douleur devait siéger au niveau des annexes gauches et du ligament large. La malade mourut tuberculeuse. A l'autopsie, lésions de la moelle classique du tabès, aucune lésion des annexes consécutives à l'accouchement et pouvant expliquer les douleurs utéro-ovariennes. On peut donc

rapporter ces douleurs à de véritables crises utéro-ovariennes coexistant chez elle avec des crises gastriques.

---

#### OBSERVATION IV (*Leyden*)

Une femme présente au cours d'une grossesse des vomissements incoercibles. Son état devient si alarmant, qu'on interrompt la grossesse. Après l'avortement, les vomissements continuent comme auparavant. On examine plus attentivement la malade et on s'aperçoit qu'elle est tabétique. La grossesse avait donné une violence particulière aux crises gastriques du tabès.

---

#### OBSERVATION V (*Demelin*)

Observation recueillie en 1898 à la clinique Tarnier. Il s'agit d'une femme tabétique incoordonnée, qui présenta au cours de sa grossesse, de l'albumine et une crise tabétique avec vomissements. Le fœtus naquit mort et macéré.

---

#### OBSERVATION VI (*Touche*)

Mme D..., trente-six ans, fut toujours très bien réglée jusqu'à l'âge de vingt et un an. A cet âge, il y eut une grossesse absolument normale, terminée par la naissance d'un enfant qui ne présentait aucune éruption suspecte, mais qui succomba au bout de trois mois. Depuis lors, pas de nouvelle grossesse, pas de fausses couches. Le père de l'enfant était et est encore très bien portant, à la connaissance de la malade, il n'a jamais présenté de symptômes de syphilis.

Quelques mois après l'accouchement, la malade éprouva des troubles gastriques particuliers.

Le jour, et quelquefois les deux jours, qui précédaient l'époque menstruelle, la malade éprouvait un état nauséux et les aliments qu'elle ingérait étaient immédiatement rejetés sans douleur et sans effort. Dès que les règles apparaissaient ces symptômes rétrocédaient immédiatement. En temps ordinaire, l'état de l'estomac ne laissait rien à désirer et la malade pouvait digérer toute espèce d'aliments, les symptômes persistèrent sans modification pendant douze ans, depuis l'âge de vingt-deux ans jusqu'à l'âge de trente-quatre ans. Un médecin pratiqua l'examen gynécologique qui fut négatif.

A trente-quatre ans, la malade commença à éprouver dans les cuisses des douleurs fulgurantes typiques. Ensuite survinrent des faiblesses brusques des jarrets et de l'incontinence d'urine.

L'ataxie se montra d'abord aux membres inférieurs, puis aux supérieurs. Enfin, au mois de janvier 1900, époque où nous voyons pour la première fois la malade, il ne peut y avoir aucune espèce de doute sur le diagnostic. Il s'agit d'une ataxie classique.

Les crises de vomissements menstruels ne sont pas modifiées depuis l'apparition des autres symptômes de tabès. Cependant depuis deux ou trois mois, les vomissements ont tendance à diminuer et même à disparaître. Pendant les deux ou trois jours qui précèdent les règles, la malade a des nausées dès qu'elle a ingéré des aliments, mais le vomissement ne se produit pas. La malade a remarqué également que lorsqu'elle présente cet état nauséux, la déglutition s'accompagne de crises de palpitations cardiaques.

Cette observation nous montre que des vomissements survenant au moment des règles purent être, pendant de longues années, le seul symptôme du tabès. Rien en dehors des troubles gastriques ne pouvait faire supposer

le tabès. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité ni des réflexes, les pupilles sont normales.

---

#### OBSERVATION VII (OEttinger)

*Tabès fruste. Crises gastriques remontant à onze ans en arrière, mais ne s'étant pas produites pendant les huit premières années qu'au cours de grossesses.*

Clotilde B., âgée de trente-huit ans, infirmière, vint consulter, le 26 mars 1908, pour des troubles gastriques paroxystiques.

Les antécédents héréditaires sont sans intérêt.

La malade, qui a joui d'une bonne santé habituelle jusqu'à l'apparition des crises gastriques et qui n'en a même longtemps souffert que pendant ses grossesses, a été mariée deux fois.

Durant son premier mariage, ni grossesse, ni fausse couche. Divorcée, elle se remarie et a cinq grossesses, dont le détail suit :

Première grossesse : à terme, bien constituée, morte à trois ans d'une rougeole.

Deuxième grossesse : terminée par un accouchement prématuré à huit mois, élevée en couveuse, morte à deux mois d'une plaie au front.

Troisième grossesse : venu à terme, mort à trois mois du « muguet dans l'estomac ».

Quatrième grossesse : accouchement prématuré d'un enfant vivant, mort un quart d'heure après la naissance.

Cinquième grossesse : bien portante ayant trois ans actuellement.

Malgré ses deux accouchements prématurés (le deuxième ayant d'ailleurs succédé à une chute) le passé obstétrical n'apporte guère d'appoint à un diagnostic rétrospectif de syphilis ; il en est de même de plusieurs cicatrices que l'on remarque au

niveau de la jambe et du genou gauche ; ces cicatrices blanchâtres, arrondies, déprimées, dateraient, au dire de la malade, de la première enfance et auraient succédé à des ulcérations.

Il y a dix-huit mois, une plaie se forma spontanément à la plante du pied au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Cette plaie, arrondie, à bords taillés en pic, assez profonde, peu douloureuse, présentant en un mot tous les caractères d'un mal perforant, mit un mois à se cicatriser et récidiva il y a six mois. On constata à ce niveau une cicatrice cutanée ; l'articulation sous-jacente est normale.

La première crise gastrique remonte à onze ans, et apparaît au cours de la première grossesse. Tout à fait distincts de l'état nauséux et des vomissements faciles, habituels au début de la gestation, les crises gastriques caractérisées par des douleurs violentes avec intolérance gastrique absolue, durant plusieurs jours, sont affirmées avec d'autant plus de certitude par la malade, que les crises actuelles présentent des caractères identiques.

Les crises gastriques disparurent à la fin de cette première grossesse pour reparaitre au cours de toutes les autres, alors qu'aucun trouble stomacal ne survenait jamais dans leur intervalle.

La dernière grossesse datant de trois ans, la malade n'avait pas eu de crises depuis cette époque, lorsqu'au mois de novembre dernier, sans être enceinte, elle eut une crise gastrique très caractéristique, identique à celle des grossesses précédentes et à celle pour laquelle elle entre dans le service et qui date de la veille.

Elle vient, en effet, d'être prise brusquement, sans raison appréciable, de violentes douleurs épigastriques, sans irradiations particulières, comparables à une torsion ou à un arrachement de l'estomac ; les vomissements sont fréquents, se répétant toutes les dix minutes avec de violents efforts, mais n'amenant qu'une faible évacuation de liquide à la fois.

Durant ces crises, la malade présente de véritables crises rec-

tales caractérisées par des épreintes avec ténésme. Aucun trouble vésical. Enfin, dans les intervalles, il y a déjà eu quelques crises de douleurs fulgurantes.

A l'examen, la mobilité apparaît intacte. Il n'y a pas de troubles de la marche. Pas de signes de Romberg.

Les réflexes rotuliens sont très faibles, les réflexes achilléens abolis. Inégalité pupillaire très nette avec signe d'Argyll à droite seulement.

Les autres organes paraissent normaux. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Il n'existe pas de lymphocytose rachidienne.

Depuis sa première entrée dans le service, la malade pendant vingt-deux mois ne cesse d'avoir des crises dont les caractères sont identiques et la violence est aussi grande. Seule, la morphine les soulage.

Les vomissements sont toujours aussi fréquents, constitués par du liquide incolore ou plus ou moins verdâtre. Examinés en octobre 1908, ils ne contiennent ni HCL libre, ni bile. On constata, en outre, à deux autres reprises, leur réaction neutre.

Pendant cette longue période comprise entre mars 1908 et juin 1910, il est rare que la malade reste trois semaines ou un mois sans souffrir, mais pendant ses courts répit, après la fin de chaque paroxysme, elle ne ressent aucun trouble. En octobre 1908, il se produit un ictus laryngé. A cette date, examen du liquide céphalo-rachidien qui montre une leucocytose très faible. En février 1909, otite moyenne double ayant nécessité la paracentèse des deux tympans.

A partir de juin 1910, les crises, qui déjà tendaient un peu à s'espacer, cessent complètement et la malade reste un an sans en avoir. Elle entra cependant une fois de plus dans le service le 13 juillet 1911, pour une très violente crise qui durait depuis un mois.

---

## TABÈS ET ACCOUCHEMENT

---

De même que la grossesse, l'accouchement peut se passer chez les tabétiques d'une façon normale, et c'est même le cas le plus fréquent : les malades de Wilson Thomas, Remak, Obernier ont accouché normalement.

L'avortement et l'accouchement prématuré qui s'observent parfois, sont sous la dépendance de la syphilis qui n'est pas suffisamment atténuée.

Cependant, dans quelques cas, la dilatation s'effectue lentement (Mac Donald, Heitz, Allen, Litschkus), et le travail se prolonge, amenant ainsi une cause de dystocie au moment de l'accouchement.

Dans le cas de Litschkus, le travail dura six jours avant la période d'expulsion. Dans le cas d'Allen (de Chicago), il dura 62 heures, et dans notre observation, 3 jours. Enfin, dans le cas de Heitz, l'accouchement fut long et difficile, alors que la femme avait eu un accouchement rapide à la précédente grossesse.

La lenteur du travail peut être due à l'inertie utérine, au défaut des contractions abdominales, et suivant Chambrelent et Cathala au relâchement musculaire et au défaut de résistance du périnée.

Le tabès peut être une cause de dystocie. Abadie a montré qu'on peut trouver réalisés chez les tabétiques les principaux types de bassins viciés avec toutes leurs complications dystociques. Dans deux de ses observations, il a noté une double arthropathie coxo-fémorale, et une déviation de la colonne vertébrale avec exostose du bassin. Dans deux autres, il n'y avait que des déviations du rachis, mais portant toutes sur la colonne lombo-sacrée et d'origine tabétique.

La luxation coxo-fémorale simple ou double, les fractures spontanées à cal vicié, les exostoses et enfin les arthropathies multiples et si fréquentes sont aussi une cause de dystocie dans l'accouchement des tabétiques.

Au lieu d'être ralenti, l'accouchement peut être rapide au point de surprendre la femme. Il s'effectua en une heure dans un cas de Heitz. La rapidité porte surtout sur la période d'expulsion (Cohn, Litschkus, Zacharias). Cette phase est tellement rapide qu'une malade de Grenier de Cardenal est toute surprise d'accoucher sur le plancher après un besoin d'aller à la selle. Cela tient probablement à l'anesthésie profonde et à la diminution du réflexe périnéo-abdominal (Chambrelent et Cathala) et à ce fait que la femme pousse mal.

La particularité la plus curieuse chez les tabétiques, c'est que le tabès confère à certaines femmes frappées de cette affection le privilège d'accoucher sans souffrir.

De nombreux auteurs ont signalé les accouchements inconscients et sans douleurs dans différentes affections ou même à l'état normal. Coliez, dans sa thèse, a fait une

étude complète des accouchements inconscients dans différents états : le sommeil, l'hypnose, la syncope, l'ivresse, le coma, et dans certaines maladies du système nerveux : l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale.

Bruas a étudié la grossesse dans ces dernières affections, surtout dans la paralysie générale, et dans maintes de ses observations il signale l'accouchement sans douleurs.

Mais ces deux auteurs ne signalent pas l'accouchement sans douleurs dans le tabès.

En parcourant les littératures française et étrangère, nous voyons que c'est seulement en 1902 que fut publiée la première observation de ces accouchements indolores dans le tabès. Cette même année vit paraître successivement les observations de Mirabeau, de Cohn, de Heitz. A la même époque MM. Jean Abadie, et H. Grenier de Cardenal observaient deux cas analogues. Enfin, en 1906, au Congrès international de médecine de Lisbonne, M. Salazar de Souza en signalait un nouvel exemple ; la malade observée par Heitz ayant accouché deux fois sans ressentir la moindre souffrance.

La dernière observation date de 1917, signalée par Allen à Chicago : la femme, après 62 heures de travail, accoucha sans douleurs.

Les accouchements indolores s'observent surtout chez la tabétique avancée. L'observation de Thiess est démonstrative à cet égard. Nous voyons en effet que la malade après avoir eu 4 fausses-couches et deux accouchements dont un macéré et un prématuré, accoucha

à son 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> sans souffrir, alors que les symptômes tabétiques étaient très avancés.

Signalons encore les cas de Zaccharias, Fröhinsholz et de Fredericksen où les accouchements sont devenus indolores à mesure que le tabès faisait des progrès.

La cause de cette anesthésie est facilement explicable.

Dans l'observation de Heitz, nous voyons que les contractions utérines furent douloureuses, mais que les mouvements fœtaux ne furent pas perçus dans le cours de la grossesse.

Le tabès ayant pour lésions principales la sclérose des cordons postérieurs et l'atrophie des racines postérieures, nous pouvons penser que la région de la moelle la plus atteinte chez cette malade est la région lombaire, puisque les nerfs qui y arrivent ne transmettent plus les impressions périphériques reçues.

Comment alors expliquer les contractions utérines et l'accouchement indolore dans le tabès ?

Mme Gausse-Ziegelmann qui a fait une bonne étude pathogénique de la question, rappelle que la plupart des auteurs qui se sont occupés des rapports du tabès avec l'état puerpéral, montrent comment l'accouchement est possible dans les maladies de la moelle et qui s'appuient sur les résultats de l'expérimentation pour établir que l'utérus a une contractibilité propre, qui entre en jeu sans le concours des centres nerveux extrinsèques.

Budje, Valentin, Kehrer (cités par von Hösslin) admettent le rôle du cerveau comme centre moteur de l'utérus. Kilian, Spiegelberg, Valentin, etc..., acceptent

plutôt un centre bulbaire. Mais la majorité des auteurs localisent dans la moelle lombaire les principaux noyaux moteurs du muscle utérin.

Les nerfs destinés à mettre en jeu la contraction utérine suivent le nerf vague et les nerfs splanchniques (Kilian), les rameaux sacrés du plexus hypogastrique (Kehrer), les nerfs sacrés et le grand sympathique (Spiegelberg), le plexus lombo-aortique (Frankenhauser, Kerner, Oser, Schlesinger).

Offergeld prétend que seules les parties inférieures de la moelle ont une action sur la contractibilité utérine. Heitz, dans l'étude qu'il fait de cette question, croit avoir montré qu'il n'existe pas de centre médullaire de la contraction utérine.

Pour élucider le rôle de la moelle et des nerfs dans la contractibilité utérine, on a eu recours à l'expérimentation chez les animaux.

En effet, si on se rapporte aux expériences de Goltz et Freusberg qui sectionnent la moelle dorso-lombaire chez la chienne, puis celles de Simpson chez la truie, de Reichmann chez la chatte et de Cohnstein chez la lapine, qui tous sectionnèrent chez ces animaux le renflement lombo-sacré, on voit que la femelle pleine, ainsi traitée, accouchait normalement.

Après avoir sectionné la moelle cervicale d'une lapine pleine, Schlesinger excite le nerf ischiatique et détermine les contractions utérines, montrant ainsi que l'influence du bulbe, du cervelet et du cerveau n'est pas indispensable à l'accouchement.

Des résections médullaires avec ablation ou destruc-

tion des fragments plus ou moins longs de la moelle ont été pratiqués par Kubierski et Heidenhain, Tylor Smith et Snow Beck, Simpson, Masuis, Cohnstein, sans que pour cela la contractibilité utérine ait été atteinte. Goltz et Ewald après large résection de la moelle et de la queue de cheval ont encore sectionné les dix dernières paires efférentes sans plus de résultat. Rein détruit les filets du sympathique et les nerfs sacrés destinés à l'utérus, séparant ainsi obsolument l'utérus des centres cérébro-spinaux, les contractions utérines persistent. Kurdinovski montre qu'un utérus de lapine complètement isolé après ligature des vaisseaux, reste capable de se contracter pendant quelque temps.

Toutes ces expériences montrent l'indépendance de l'utérus qui est capable, sans l'intervention des centres nerveux bulbo-médullaires ou sympathiques, d'entrer en contraction et d'expulser son contenu.

On peut les invoquer pour expliquer comment les femmes atteintes d'affections organiques du système nerveux et en particulier des maladies de la moelle, accouchent souvent normalement. Le tabès étant une maladie du neurone sensitif et non du neurone moteur (sauf complication ou association), nous ne devons donc pas être surpris de voir une tabétique accoucher normalement. Et les diverses anomalies observées au cours de l'accouchement relèvent, nous le verrons, des troubles sensitifs.

Comment expliquer la non perception des mouvements fœtaux par la mère pendant la grossesse et l'accouchement indolore ? La cause réside dans une manifestation importante du tabès, l'anesthésie profonde.

C'est ainsi qu'on a décrit chez les tabétiques, à côté de l'anesthésie rectale et vésicale, l'anesthésie à la pression du testicule, l'anesthésie mammaire ; Pitres a insisté sur l'analgésie épigastrique profonde, Sicard a décrit l'anesthésie à la pression de la trachée, Abadie l'analgésie des globes oculaires, l'analgésie osseuse. Chez la femme tabétique enceinte ou accouchée, on a signalé (en particulier Heitz) l'anesthésie de l'utérus et du col.

Le défaut de perception des mouvements fœtaux et l'absence des douleurs au cours de l'accouchement peuvent être rattachés à ce trouble de la sensibilité profonde, si caractéristique du tabès et sur lequel M. le Professeur Grasset a beaucoup insisté.

Cette anesthésie profonde, comme l'explique Mme Ziegelmann, va de pair, au cours du tabès, avec une diminution de la réflectivité : ces deux phénomènes vont nous permettre d'interpréter le défaut de contractions abdominales chez certaines femmes tabétiques. A l'état normal, la contraction abdominale entre en jeu pour aider la contraction utérine dans la deuxième phase de l'accouchement, au moment de la période d'expulsion, quand la tête descendue appuie sur le plancher périnéal ; il y a une association physiologique réflexe entre le besoin de pousser qui détermine la contraction abdominale et la sensation produite par la tête qui appuie sur le périnée. De même, dans la défécation, la contraction abdominale est sollicitée (par le besoin d'aller à la selle) à entrer en jeu en même temps que la contraction intestinale.

Vient-on à créer une anesthésie qui supprime le point

de départ du réflexe périnéal, l'excitation manque, le réflexe ne se produit pas, la contraction abdominale n'a pas lieu : c'est un point sur lequel Zaccharias attire l'attention à propos de son observation, d'autant plus qu'il attribue à cette absence de contractibilité abdominale une part dans l'étiologie d'une menace de rupture utérine chez sa malade. Le bassin était légèrement rétréci, la paroi abdominale ne prêtait pas son aide au muscle utérin et celui-ci par suite de ce surcroît de travail semblait prêt à se rompre.

Pourquoi, à la période d'expulsion, d'accouchement est-il plus rapide chez certaines femmes atteintes d'ataxie locomotrice ? Il semble être dû à l'hypotonie des muscles du périnée. Alors que dans l'accouchement normal la période d'expulsion nécessite un temps assez long pendant lequel les contractions utérines doivent vaincre la résistance opposée par le périnée au cheminement de la tête à travers la filière vulvo-vaginale, dans le tabès, l'hypotonie des muscles facilite ce travail. Or l'hypotonie, comme l'a montré M. Grasset, est fonction de l'anesthésie profonde.

En somme, *rapidité de l'accouchement*, surtout à la période d'expulsion, *absence de douleurs*, *absence fréquente des contractions abdominales*, telles sont les caractéristiques les plus saillantes de l'accouchement des tabétiques.

La *délivrance* ne présente rien de particulier.

Les *suites de couches* sont régulières, sauf une plus grande tendance à la constipation et à la rétention d'urine, qui peuvent être particulièrement marquées chez la

femme tabétique, témoin l'observation de Thiess où elles sont notées pendant plusieurs semaines après l'accouchement.

La femme observée par Zaccharias avait à la suite de son accouchement de la rétention d'urine avec crises brusques d'incontinence, elle perdait ses urines et souillait son lit avant qu'on pût prévenir cette miction subite, il y avait en quelque sorte ataxie vésicale.

---

#### OBSERVATION VIII *Résumée (Litschkus)*

*Tabès confirmé. Femme, vingt-six ans. A dix-neuf ans, début du tabès par des sensations de lassitude. A vingt-cinq ans, une grossesse. Accouchement laborieux : le travail dure six jours.*

Femme vingt-six ans, constitution faible. Il y a 7 ans, elle ressentit des douleurs dans les jambes, puis une sensation de lassitude pendant la marche ; depuis deux ans, douleurs dans les bras. Actuellement, diminution de la sensibilité au niveau des pieds, conservation de la sensibilité à la température. Ataxie des membres inférieurs. Réflexe rotulien aboli. Ataxie moindre aux membres supérieurs. La mémoire a diminué. Dernières règles le 25 mai ; le 18 février commence le travail ; le 20, dilatation du col de deux travers de doigt ; le 23, les douleurs deviennent plus fortes, l'accouchement a lieu dans la nuit. Suites de couches normales.

---

OBSERVATION IX (*Heitz*)

Mme F..., âgée de 42 ans, mariée à 20 ans, a eu d'un premier mari, cinq enfants tous atteints d'ictère, dont quatre seraient morts de méningite. Ne se souvient pas d'avoir eu d'accidents spécifiques.

D'un second mari, mort tuberculeux, elle a eu au début de son tabès un sixième enfant mort à un an de coqueluche.

Tous les enfants nés à terme, en sommet. Les grossesses sont rendues pénibles par des douleurs de reins. Les mouvements actifs sont perçus vers le quatrième mois.

Accouchements longs et difficiles. A nourri tous ces enfants au sein. Le tabès a débuté, il y a 11 ans, par des douleurs fréquentes et très vives dans les membres inférieurs puis incoordination, puis marche impossible. En septembre 1900, cécité.

Actuellement incoordination des quatre membres, hypotonie considérable et perte totale du sens musculaire. Réflexes absents. Atrophie musculaire très avancée.

Paralysie du voile du palais et de la corde vocale gauche. Troubles de sensibilité cutanée très prononcés. Anesthésie au toucher sur le tronc. Hyperesthésie sur les membres, chaud pas perçu, le froid l'est très douloureusement. Constipation. Incontinence habituelle d'urine. Frigidité génitale complète depuis le début de son tabès. Sensibilité vaginale intégrale.

Elle a eu deux nouvelles grossesses, une il y a 6 ans, l'autre l'année suivante :

Réglée irrégulièrement elle ne s'aperçoit pas du début de ses grossesses.

La première fois, hors l'albuminurie, l'état général est assez bon. Elle n'a jamais senti remuer son enfant.

Accouchement normal en deux heures, délivrance normale. L'enfant pesait cinq livres, élevé au biberon, il est mort à cinq mois. La malade se relève et l'évolution de son tabès ne semble pas accéléré. La deuxième grossesse fut semblable à la première, la femme ne sentit pas l'enfant remuer. L'accouchement

fut plus long et plus pénible, il dura 24 heures, la malade ne pouvait pas pousser. Ce fait était dû à la paralysie de la corde vocale gauche. L'enfant pesait 6 livres. Délivrance normale. L'enfant fut élevé au biberon. Il meurt à 19 mois.

---

#### OBSERVATION X (Mirabeau)

*Femme syphilitique. Troubles de la sensibilité. Ne sent pas les mouvements du fœtus. Accouchement sans douleurs, avec besoin d'aller à la selle. Enfant bien portant.*

Il s'agit d'une femme qu'on a eu l'occasion d'observer depuis trois ans et actuellement âgée de trente-quatre ans.

Née en 1867, elle fut toujours bien portante pendant sa jeunesse. Elle eut ses premières règles à dix-sept ans, régulières, abondantes, s'accompagnant de crampes au début. Cette même année, elle tomba malade à la suite d'un rapport sexuel et subit à l'hôpital un cure antisiphilitique pendant trois mois. L'année suivante apparut une éruption cutanée, qui disparut subitement par des applications d'onguent, et depuis la malade est restée bien portante. Cinq ans après cette infection, elle se mariait. Le mari n'avait jamais eu de maladie génitale et souhaitait ardemment avoir un enfant.

A vingt-six ans, c'est-à-dire neuf ans après l'infection et après quatre ans de mariage, la malade remarqua une faiblesse croissante des jambes, de l'incertitude dans la marche et des douleurs, par moments, dans les extrémités. Elle consulta, dans le courant de l'année suivante, comme cela est la règle dans les maladies incurables, une série de médecins, puis quelques charlatans. Tout resta sans résultat, l'impotence croissait sans cesse, de telle sorte que la malade ne pouvait plus se tenir debout.

En septembre 1898, elle est vue pour la première fois, appelé pour une forte hémorragie génitale.

Cette femme se trouvait dans un parfait état de nutrition et, couchée, ne donnait pas l'impression d'une personne malade. Les dernières règles remontaient à deux mois, mais depuis cinq jours existait une forte hémorragie.

L'utérus était gros et mou ; de l'orifice du col, non dilaté, s'écoulait constamment du sang. Selon toute apparence un avortement avait précédé, mais il n'existait aucun autre signe. Par le repos au lit, des irrigations chaudes et des vessies de glace, l'hémorragie s'arrêta, et, en une semaine, la malade se sentait bien à nouveau.

L'examen complet qu'on fit de cette femme révéla chez elle un tabès avancé. Les deux extrémités inférieures sont complètement impotentes, le réflexe rotulien manque, ataxie complète des deux jambes, sensibilité fortement émoussée, rétrécissement de la pupille avec abolition des réflexes pupillaires. Troubles de sensibilité des extrémités supérieures. Mais, surtout, grands désordres dans la miction et les selles. Les sensations sexuelles manquent depuis trois mois ; cependant la malade supporte les rapports sexuels fréquents de son mari à cause du désir qu'a celui-ci d'avoir un enfant.

A cause des antécédents et de la fausse-couche, on prescrivit un nouveau traitement antisyphilitique qui fut suivi en même temps qu'un traitement mécanique. Son état en fut si amélioré, que pendant quelque temps, elle put faire quelques pas appuyée sur un bâton.

Elle est revue neuf mois après. L'amélioration avait disparu, mais par contre, il existait une grossesse de trois mois. On partiqua une série d'injections, et la grossesse prit un cours régulier. La malade n'eut aucune douleur pendant sa grossesse, ne sentit jamais les mouvements du fœtus. La miction cependant devint plus difficile et à plusieurs reprises, il fut ramené, par le cathétérisme, une grande quantité d'urine. L'accouchement eut lieu à terme, exactement à l'époque calculée.

Cependant on ne pouvait rien présumer de l'heure du début, car la malade n'avait pas la moindre douleur des couches. Ce

fut l'écoulement du liquide amniotique qui avertit l'entourage que l'accouchement commençait. A ce moment, la dilatation était palmaire, l'accouchement dura soixante-cinq minutes. On put compter sept contractions utérines : cinq d'une longueur et d'une violence extraordinaire et deux plus courtes. Pendant ces efforts, la malade ne sentit pas la moindre douleur, elle reposait tranquille, presque étrangère à ce qui se passait, n'accusant qu'un faible besoin d'aller à la selle, besoin qu'elle n'avait pas depuis des années. A la sixième contraction, l'enfant vint, une fillette parfaitement constituée ; à la septième, l'arrière-faix. Ce ne fut qu'en entendant l'enfant que la mère sut qu'il était né. Ainsi s'accomplirent ces couches idéales, sans aucun trouble.

L'enfant prospéra d'une façon remarquable. Trois semaines après survint, d'après la communication du médecin, une éruption tigrée qui disparut rapidement par l'administration de calomel. Je ne puis dire ce dont il s'agissait ici, cependant le médecin semble avoir incriminé la syphilis.

---

#### OBSERVATION XI (Cohn)

*Femme de trente-neuf ans. Accouchement sans douleurs. Enfant mort à huit mois. Malade morte un an après.*

Au mois de mai 1893, la femme A. R..., âgée de trente-sept ans, multipare, me consulta pour des troubles du bas-ventre.

A l'examen, je trouvai une rétroflexion de l'utérus. Je trouvai aussi une abolition complète des réflexes rotuliens des deux côtés. C'est alors que je posai le diagnostic de tabès dorsalis et je montrai ce cas au Docteur Mann, privat docent de neurologie, qui confirma mon diagnostic.

En novembre 1896, cette femme, depuis quatorze ans stérile, devint grosse, quoique son état ait empiré pendant ce temps,

tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. Le mari me consultant à propos de l'accouchement de sa femme, je lui fis remarquer qu'il serait peut-être laborieux à cause de l'âge de sa femme.

Au lieu de cela, l'accouchement marcha de telle façon que l'entourage ne s'en aperçut que lorsque le crâne de l'enfant apparut à la vulve.

La femme n'avait manifesté aucune douleur. Rapidement on appela une sage-femme qui habitait la même maison, et l'enfant vivant naissait peu après. La sage-femme remarqua qu'au passage de la tête la femme n'avait poussé aucun cri de douleur. La délivrance se fit rapidement et sans intervention. Les suites de couches furent normales.

L'enfant mourut à l'âge de huit mois, les causes de sa mort me sont inconnues.

Après un an environ la femme succomba à son affection.

---

#### OBSERVATION XII (Heitz)

*Tabès à localisation prédominante sur le cône terminal. Deux grossesses successives, accouchements sans douleurs. Dernier enfant encore vivant à l'âge de dix mois.*

Mme A..., âgée de trente-neuf ans, entrée le 30 janvier 1901, salle Pinel, service du professeur Déjerine, à la Salpêtrière. Sans antécédents héréditaires spéciaux, elle se maria à vingt et un ans, et jusqu'à l'époque du début du tabès, elle eut deux fausses-couches et huit grossesses. La syphilis, niée par la malade, est suffisamment prouvée par la mort en bas âge de six de ses enfants. Les deux survivants ont douze et sept ans. A vingt-neuf ans, amputation de la jambe pour arthrite tuberculeuse du pied.

En 1898, enceinte pour la neuvième fois, elle commença à ressentir des douleurs en ceinture, puis dans les membres in-

férieurs et jusqu'à l'extrémité de son pied amputé. Cette grossesse se passa relativement bien. Elle sentit à quatre mois les mouvements de l'enfant. L'accouchement se produisit à terme sans douleur. La malade s'aperçut qu'elle allait accoucher en voyant ses draps se tacher de sang. J'ajoute que ces détails m'ont été confirmés par la sage-femme qui fit l'accouchement. Tout fut terminé en une heure. Délivrance normale. La montée de lait se fit le troisième jour, mais la malade ne put nourrir. L'enfant, venue par le sommet pesait trois livres à sa naissance. Elevée au lait stérilisé, elle mourut à huit mois, d'athrepsie et de convulsions (1899).

Les années suivantes, le tabès s'aggrava, les douleurs fulgurantes apparurent dans les bras, puis la marche devint difficile.

A son entrée à la Salpêtrière, la malade présente tous les signes d'un tabès avancé, généralisé à toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal, mais prédominant au niveau du cône terminal.

Au niveau du cône terminal nous notons : du côté du rectum, une constipation opiniâtre depuis quelques mois avec crises diarrhéiques espacées, au moment desquelles la malade a constaté parfois de l'incontinence des matières. La muqueuse de l'anus a conservé sa sensibilité normale et il en est de même de la muqueuse rectale explorée au toucher. Du côté de la vessie, difficulté au début des mictions, lesquelles se font en plusieurs actes ; pas d'incontinence proprement dite, mais des envies impérieuses pouvant aller jusqu'à l'incontinence partielle ; diminution considérable de la sensibilité à la distension (la vessie admet par injection lente jusqu'à 600 centimètres cubes de liquide et, la sonde retirée, la contraction volontaire de l'organe ne suffit pas à amener l'évacuation qui nécessite un deuxième sondage). La muqueuse de l'urètre a sa sensibilité très diminuée ; ni l'introduction de la sonde, ni le jet de l'urine ne sont normalement perçus. Enfin les voies génitales sont entièrement anesthésiées. Depuis son dernier accouchement, les sensations du

coût, jusqu'alors normales, sont devenues absolument nulles. L'introduction du membre viril n'est même pas sentie. Les désirs sexuels ont d'ailleurs entièrement disparu.

Il existe, du côté de la peau du périnée et des fesses, une anesthésie en selle, aux trois modes, portant sur le territoire cutané des troisième et quatrième paires sacrées.

Le 1<sup>er</sup> mars 1901, elle présente tous les signes d'une grossesse au début du quatrième mois. Le fond de l'utérus remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher vaginal, non perçu par la malade, montre un col irrégulier, porteur de nombreuses déchirures et légèrement ramolli. Les mouvements provoqués du corps utérin au moyen du doigt vaginal, sont, au contraire, normalement perçus et même légèrement douloureux.

18 avril. — Les premiers mouvements ont été perçus tout récemment. A partir de ce moment, ils sont perçus presque journellement. Elle sort de l'hôpital le 9 juin.

D'après les renseignements fournis par la malade et la sage-femme, il résulte que les derniers mois ont été relativement bons. Il ne s'est pas reproduit de crises douloureuses ni de crises gastriques. Le tabès continuait cependant à évoluer et l'incoordination apparaissait dans les membres supérieurs.

Le 9 septembre 1901, « ayant senti dans le fondement comme une forte pesée », mais sans éprouver d'ailleurs aucune douleur, la malade se croit sur le point d'accoucher. Elle resta trois jours au lit, puis, sur le conseil de la sage-femme qui reconnaît l'engagement de la tête, se relève et reprend sa vie ordinaire.

Le 17 septembre, à six heures du soir, elle était levée et vaquait à son ménage, lorsqu'elle remarqua des taches de sang sur le carreau. Instruite par l'accouchement précédent, elle envoya chercher la sage-femme. Celle-ci constate un début de dilatation. Les contractions utérines, très fortes, ne s'accompagnaient d'aucune douleur, d'aucune sensation. La dilatation avançait rapidement à chaque nouvel examen.

A huit heures et demie, la dilatation était complète, la poche des eaux est rompue par la sage-femme et l'expulsion se produit très rapidement, aussi indolente, aussi peu perçue que les contractions utérines et la dilatation du col. Un quart d'heure après l'enfant, le placenta apparaissait à la vulve. Pas de douleurs, hémorragie très modérée.

Les jours suivants, l'évolution utérine se produisit normalement sans tranchée, sans complications fébriles, sans pertes abondantes. Cependant, le sixième jour, la malade éprouva, pendant plusieurs heures, des douleurs en ceinture très violentes. Levée au bout de dix-huit jours, elle eut son retour de couches le 20 octobre.

Revue par nous le 20 juin 1902, elle se trouve dans un état en somme satisfaisant. Les douleurs deviennent supportables, à intervalles irréguliers. Il n'y a plus de crises gastriques. Seule l'incoordination est en progression régulière. Les troubles urinaires persistent. La malade est réglée tous les vingt-sept jours pendant trois fois vingt-quatre heures sans douleurs pelviennes. Elle a repris les rapports conjugaux, mais présente, d'une façon permanente, l'anesthésie vaginale.

Quant à l'enfant, du sexe masculin, il pesait six livres à sa naissance. A l'âge de dix mois, il pèse environ 8000 grammes, il est nourri au lait stérilisé et présente de légers troubles digestifs.

---

#### OBSERVATION XIII (*Grenier de Cardenal*) Résumée

*Femme de vingt-neuf ans. — Pas de trace de syphilis. — Deux accouchements à terme et sans douleurs, avec besoin d'aller à la selle. — Mouvements actifs du fœtus perçus. — Enfants bien portants.*

Anaïs C..., vingt-neuf ans, tisseuse, entre le 23 juillet 1902 dans le service de M. le Professeur Pitres pour de l'incoordina-

tion motrice des membres inférieurs et des douleurs à type lancinant.

Anaïs a deux enfants, le premier de deux ans et trois mois, le second d'un mois, tous deux bien portants. L'aîné notamment est très éveillé, marche et se porte très bien. Elle n'en a jamais perdu et n'a pas fait de fausse couche. Son mari semble en bonne santé et nie la syphilis. Les antécédents personnels de la malade ne sont pas plus chargés. Réglée à 16 ans régulièrement, déflorée à 20 ans, elle nie toute maladie vénérienne. Le premier symptôme de la maladie remonte à quatre ans, elle avait 25 ans, sensation de brouillard devant les yeux et chute incomplète de la paupière supérieure droite, une peu de diplopie, elle consulte un médecin, il institue un traitement qui améliore son état.

Elle reste ainsi six mois bien portante. Au début de 1899 elle eut des douleurs qui s'établirent dans tous les membres et le tronc, elles avaient nettement le type lancinant.

Au mois d'août de la même année, elle devient enceinte ; elle eut des vomissements les trois premiers mois, et elle sentit remuer son enfant. Elle accoucha à terme en avril 1900. Pendant le travail elle n'eut pas de douleurs, celles-ci furent remplacées par un impérieux besoin d'aller à la selle. L'accouchement se fit sur le plancher avec la seule sensation de défécation. Une sage-femme appelée termina la délivrance, quatre jours après, elle se leva, elle nourrit son enfant et le sevrà à 18 mois. Dès le deuxième mois après l'accouchement, elle remarqua un manque de stabilité, elle zigzagait en marchant, ne pouvait plus monter ni descendre un escalier sans la rampe, ces troubles vont s'accroissant.

Notre malade retombe enceinte en octobre 1901. Vomissements pendant les premiers mois. Elle accouche le 24 juin 1902, cette fois encore sans douleur, mais avec besoin impérieux d'aller à la selle ; 8 jours après les couches, elle se lève, l'enfant est bien portant.

Devenant impotente, elle entre au service, le 23 juillet.

A l'examen on constate que la malade est sujette à des crises laryngées, elle présente des troubles de miction et de défécation, une légère incoordination des membres supérieurs, et une extrême incoordination des membres inférieurs, des crises de douleurs lancinantes. La sensibilité au toucher et à la température est conservée, tous les réflexes sont abolis.

---

OBSERVATION XIV (*Grenier de Cardenal*) résumée

*Femme de cinquante-neuf ans. A trente-sept ans, accouchement sans douleurs. Perte de la sensation de miction et de défécation, etc...*

Marie M..., cinquante-neuf ans, fleuriste.

*Antécédents héréditaires.* — Mère morte à quarante ans d'une maladie du foie. Père mort à soixante ans, accidentellement.

*Antécédents personnels.* — Rien de particulier dans l'enfance ; réglée à quatorze ans, assez régulièrement.

Mariée à dix-huit ans ; quelques temps après, une fausse couche. Quelques mois plus tard, nouvelle grossesse ; accouchement très laborieux, enfant mort.

A trente-deux ans, douleurs en fusée dans le membre supérieur gauche. Depuis lors, chaque époque menstruelle s'annonce une huitaine de jours à l'avance par des douleurs vives dans les membres inférieurs ; quelquefois au contraire ces douleurs suivent les règles.

A trente-sept ans, nouvelle grossesse, pendant laquelle ces douleurs erratiques disparaissent ; elles reviennent au moment de l'accouchement. Mais celui-ci eut lieu sans contraction utérine douloureuse, sans douleur d'expulsion.

A quarante-six ans, sensation de faiblesse et d'engourdissement des membres. A la même époque arthropathie des doigts et des orteils.

*État actuel.* — Incoordination motrice des membres inférieurs rendant la marche très difficile. Signe de Romberg. Réflexe rotulien aboli. Réflexe plantaire diminué. Pupilles égales, mais signe d'Argyll-Robertson. Diminution de la sensibilité au contact, dans la région abdominale, dans la partie inférieure du thorax et la partie supérieure des cuisses. Conservation de la sensibilité à la température. Sens musculaire très diminué. Besoin de la miction conservé, mais la malade ne sent pas lorsqu'elle urine et lorsqu'elle va à la selle.

---

#### OBSERVATION XV (*Zaccharias*)

Femme de 48 ans, 5 grossesses dont trois normales. Elle tombe malade à 34 ans et éprouve des douleurs dans les reins. Elle eut dans les orteils une sensation de sol duveté. Elle éprouve souvent des vertiges, insécurité dans la marche, diminution d'acuité auditive. 3 ans après sa 3<sup>e</sup> grossesse, elle fut de nouveau enceinte et accoucha spontanément sans douleurs. L'état général s'améliora alors passagèrement et 6 ans plus tard une nouvelle grossesse survint.

Les symptômes qu'elle présenta alors furent ceux du tabès lors de son passage du 2<sup>e</sup> au 3<sup>e</sup> stade. La grossesse s'écoule sans notable aggravation, elle perçut les mouvements fœtaux au bout de quatre mois. Les premières manifestations du travail consistèrent en un léger tiraillement dans les reins. La tête s'engagea difficilement car le bassin était rétréci. Une fois engagée, l'accouchement se termina après quatre contractions sans douleurs. Au sortir de la tête la sensation éprouvée fut celle d'un besoin d'aller à la selle.

---

OBSERVATION XVI (*Frühinsholz*)

*Accouchement.* — Le 15 septembre 1910, nous trouvons à la salle de travail, Mme L..., IV pare, âgée de 36 ans, entrée depuis la veille à 6 heures et demie du soir, parce qu'ayant perdu des glaires sanguinolentes et ayant consulté une sage-femme, celle-ci avait annoncé un début de travail. En réalité, la malade n'avait ressenti encore aucune douleur et avait passé sa nuit à dormir.

Alors qu'à son entrée, le col s'entr'ouvrait, à 9 h. du matin, la dilatation est de 5 francs, la tête engagée en O I D P à 10 h. et demie, la dilatation est complète, on rompt artificiellement les membranes et on est surpris de constater que malgré des contractions utérines fréquentes, la parturiente paraît indifférente, n'accuse aucune douleur, ni aucune envie de pousser, elle finit par en manifester elle-même quelque étonnement d'autant qu'elle n'a jamais rien constaté de semblable à l'occasion de ses accouchements antérieurs.

Nous la faisons mettre en position d'expulsion et nous sommes obligés en quelque sorte de la faire pousser au commandement. Elle ne se rend pas compte de la portée de ses efforts, elle ne perçoit enfin la progression fœtale qu'au moment où la tête a complètement pénétré dans le bassin mou et est sur le point de se dégager. Au bout d'une heure dix de ces efforts qu'aucun instinct ne sollicite, elle expulse une fille de 3.200 gr. La délivrance passe normalement sans tranchée douloureuse. Le placenta pèse 550 grammes.

Les suites des couches sont normales, l'utérus reste d'abord gros, subit sa régression habituelle, au bout de quelques jours certaines coliques sont ressenties.

*Antécédents personnels.* — Elle n'aurait eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Réglée à 15 ans, régulièrement, abondamment, avec quelques douleurs qui ont disparu après le premier accouchement.

Mariée à 24 ans, le mari est charpentier, il paraît, au dire

de sa femme, être tuberculeux, mais par contre n'aurait jamais présenté d'accidents syphilitiques.

Grossesse et accouchements antérieurs. — Les deux premières grossesses eurent lieu respectivement à 24 et à 26 ans sans phénomènes sympathiques bien marqués ; les accouchements se firent normalement à terme. Les enfants nourris au sein, le premier pendant 3 mois, le second pendant 8 mois, ne semblent pas avoir présenté de stigmates d'hérédosyphilis. L'aîné est mort à 4 ans du croup, l'autre vit.

La troisième grossesse survient à l'âge de 28 ans, mais se termine au cours du 7<sup>e</sup> mois par l'expulsion d'un fœtus macéré, quinze jours après que la parturiente aurait fait une chute dans les escaliers. La parturiente se rappelle avoir présenté vers le milieu de cette gestation une éruption généralisée, non prurigineuse coexistant avec de la céphalée.

Début méconnu du tabès. Il y a trois ans, c'est-à-dire à partir de l'âge de 33 ans, elle a commencé à souffrir d'une incontinence d'urine survenant à tout propos dans la journée, mais surtout accentuée la nuit et pour laquelle M. le professeur Bernheim aurait tenté, sans succès, le traitement par la suggestion.

Grossesse actuelle. Dernières règles fin novembre 1909. Les premiers mouvements fœtaux ont été perçus dans le courant d'avril 1910 et ont ensuite continué de l'être régulièrement.

Les phénomènes sympathiques auraient été beaucoup plus accentués au cours de cette grossesse qu'au cours des précédentes et bien plus persistants, ils ne se seraient amendés que dans la dernière quinzaine de la gestation.

En effet, dès le début de celle-ci seraient apparus des vomissements à tendance incoercible survenant de préférence le matin et après les repas, composés surtout d'eau et de bile et rarement de matières alimentaires, souvent striées de sang. Ces vomissements étaient toujours précédés de crampes et de douleurs épigastriques très vives, s'irradiant jusque dans le dos et vers les épaules et souvent suivis de faiblesse.

Ces douleurs intenses, jointes aux légères hématomèses ont même fait envisager l'hypothèse d'un néoplasme gastrique. Au cours d'une de ces crises, le médecin traitant adresse la malade à la Maternité en se demandant s'il n'y aurait pas lieu de provoquer l'accouchement. A ce moment, le diagnostic de tabès n'est pas encore porté. Il ne devait l'être qu'ultérieurement après que les circonstances insolites qui avaient accompagné l'accouchement eurent dirigé notre attention sur l'état du système nerveux. Il fut établi sous le contrôle et avec l'assistance de notre collègue et ami le professeur agrégé Maurice Perrin.

En effet, la malade avait les réflexes abolis, la marche est difficile et tombe facilement, signe de Romberg, sensibilité profonde abolie, sensibilité superficielle intacte, la vue a notablement baissé, il existe de la mydriase, de l'inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson.

Depuis l'accouchement, les crises gastriques ont diminué de fréquence, mais elles continuent, comme précédemment, de durer de 8 à 10 jours de suite.

La malade a nourri son enfant pendant deux mois, puis l'a sevré en raison de ses crises gastriques qui la fatiguaient trop. L'enfant, âgée actuellement de 16 mois, est superbe, très développée pour son âge, et n'a jamais présenté aucune manifestation de syphilis héréditaire.

---

#### OBSERVATION XVII (*Thiess*)

Femme de 39 ans, ayant eu 8 grossesses. Tabès avancé. Réglée à 24 ans. Elle fait un avortement la même année. Dans la 11<sup>e</sup> année de son mariage, en 1895, elle fait une fausse couche de 4 mois, en 1896 une fausse couche de 5 mois, en 1897 une fausse couche de 6 mois. En 1899, accouchement préma-

turé de 7 mois, enfant macéré. En 1900, accouchement prématuré de 7 mois, l'enfant vit un jour.

En 1903, naissance d'un enfant à terme, lors de cet accouchement la malade n'éprouve pas de douleurs, et depuis elle a remarqué une faiblesse croissante des jambes avec diminution de la sensibilité. Peu de temps après elle est forcée de garder le lit avec des troubles de la miction et de la défécation, diminution de l'acuité visuelle. Le sens génital est complètement aboli, la malade n'éprouve plus aucune sensation pendant le coït.

Elle eut une 8<sup>e</sup> grossesse pendant laquelle elle ne perçut pas les mouvements de l'enfant, à la fin de cette grossesse la malade éprouvait subitement une sensation de pesanteur sur le rectum, la tête progresse sans aucune douleur, et seulement les cris de l'enfant la rendent attentive. Délivrance spontanée. L'enfant était bien constitué.

---

#### OBSERVATION XVIII (*Abadie et Grenier de Cardenal*)

Il s'agit d'une femme âgée de 33 ans, tailleuse, entrée le 24 décembre 1905, à l'hôpital St-André à Bordeaux. Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle nie la syphilis. Elle entre à l'hôpital pour des troubles de la marche et des douleurs.

Elle a vu sa maladie s'installer il y a 5 ou 6 ans, par de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs.

Il y a un an surviennent les premiers troubles de la marche, celle-ci devient bientôt hésitante et titubante, la malade ressent des crises de courbature musculaire.

Quand nous l'examinons, en janvier 1906, elle accuse des troubles digestifs avec douleur continue au creux épigastrique et vomissements fréquents. Avec cela une diarrhée opiniâtre. Amaigrissement considérable surtout au niveau des membres

inférieurs. La marche est tâtonnante, saccadée, maladroite, la malade perd l'équilibre.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Pas de signe d'Argyll-Robertson. Laxité de l'articulation de la hanche, sensibilité à la piqure intacte.

Elle fut réglée tardivement et irrégulièrement. Mariée à 20 ans, elle eut après une grossesse avec vomissements continuels. Elle perçut les mouvements fœtaux vers cinq mois.

Vers la fin du septième mois, un jour à midi, elle ressentit une sensation de pesanteur dans le bas ventre, elle se mit sur le vase croyant uriner. Il lui semble alors que son vagin se dilate. Elle appelle une voisine qui constate que la tête de l'enfant apparaît à la vulve.

Une sage-femme appelée termina l'accouchement, la malade n'avait ressenti aucune douleur. L'enfant vécut un quart d'heure. Délivrance et suites de couches normales.

Depuis cette époque, surtout au moment des règles, elle est en proie à des crises douloureuses siégeant dans les lombes, les organes intra-pelviens et les voies génitales, et simulant les douleurs de l'enfantement. Ces douleurs sont profondes, intermittentes et si violentes qu'elles font crier la malade. Celle-ci au cours de la crise donne l'impression d'une femme qui accouche, la crise dure plusieurs heures, quelquefois tout un jour. En dehors de cela, la malade a encore des douleurs fulgurantes et des crises gastriques. De toutes ces douleurs, celles que la malade redoute le plus sont les crises de faux accouchement.

---

#### OBSERVATION XIX (*Frederiksen*)

Femme de 32 ans, qui entre en grossesse 9 mois après le début d'un tabès.

Dès le début de la grossesse, atrophie progressive et rapide du nerf optique. Au bout d'un mois, il lui est impossible de lire.

Au bout de deux mois et demi elle ne peut plus marcher seule, l'atrophie du nerf optique se complète. Après le cinquième mois, atrophie des moteurs oculaires droits. Elle mit au monde sans douleur, un enfant vivant, mort 18 heures après.

---

OBSERVATION XX *Allen (E. M.)*

Observation d'une femme de 37 ans, mariée en 1913, qui eut un enfant en 1914, 2 fausses couches, puis un second enfant en 1917. Au cours de cette dernière grossesse, elle se présenta à l'hôpital du Comté de Los Angeles, se plaignant de difficulté à marcher et de douleurs remontant à 2 ans. Elle présentait les symptômes suivants : signe d'Argyll-Robertson, absence de réflexe du genou, signe de Romberg, Wassermann positif, qui firent poser le diagnostic de tabès. L'accouchement eut lieu à terme, dura 62 heures, sans douleur jusqu'au moment du passage de la tête de l'enfant au périnée. On employa avec succès une solution de pituitrine. Le placenta ne présentait pas de lésions syphilitiques.

---

OBSERVATION XXI (*Wilson Thomas*)

L'affection avait débuté à l'âge de 16 ans par des douleurs dans les extrémités inférieures. Mariée à l'âge de 23 ans, la malade a eu six grossesses, la 5<sup>e</sup> s'est terminée par une fausse couche à 5 mois ; les cinq autres normales, avec enfant vivant, à terme. Arthropathie des genoux et des hanches à 24 ans, coïncidant avec le second accouchement, avec tous les symptômes du tabès. Pas de syphilis acquise ni héréditaire. Il ne paraît pas que le tabès ait eu une influence notable sur les grossesses répétées. Les symptômes tabétiques ont augmenté plus rapide-

ment depuis la seconde grossesse ; ils sont stationnaires depuis deux ans pendant lesquels la malade a eu deux grossesses malgré la luxation des hanches qui avait déterminé une grande augmentation de l'inclinaison pelvienne, cause d'une fausse couche à la 5<sup>e</sup> grossesse. La maladie nerveuse ne paraît pas avoir eu d'influence sur les douleurs dans l'accouchement.

---

#### OBSERVATION XXII (Personnelle)

*(Prise dans le service du Professeur Jeanselme, à St-Louis)*

- *Malade ataxique. Première grossesse à trente-deux ans, neuf ans après son mariage. N'a presque pas senti remuer l'enfant. Accouchement à terme. Enfant vivant. Malade traitée par l'arsenobenzol et le Hg.*

Mme F..., âgée de trente-deux ans, est entrée le 23 mars 1920 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Professeur Jeanselme.

La malade est venue consulter à la maternité de l'hôpital, parce qu'elle avait eu un retard des règles, et M. Cathala, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, constata une grossesse de quatre mois et demi, au grand étonnement de la malade, qui déclara que des médecins lui avaient dit qu'elle ne pourrait jamais être enceinte. M. Cathala la dirigea alors sur la salle Henri IV, où elle fut soumise à un traitement spécifique.

En juin 1913, cette malade avait été soignée à l'Hôtel-Dieu (service de M. Caussade) pour une pleurésie gauche qui survint insidieusement et qui nécessita une ponction évacuatrice. Quelque temps après, elle se plaignait de maux de tête violents, chute de cheveux, perte d'appétit, vomissements, bourdonnements d'oreilles. On fit alors un examen du sang et une ponction lombaire et la réaction de Bordet-Wasserman fut trouvée positive

dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. En même temps, la malade en se levant remarquait qu'elle ne tenait pas bien sur ses jambes, et tombait souvent sur les genoux.

Un traitement à l'arsénobenzol, et au mercure fut institué sans retard, et on lui fit une série de piqûres qui durèrent pendant un an. La guerre commençant elle cessa les piqûres et elle se traita pendant longtemps avec de l'iodure de potassium.

En 1915, la marche devenant de plus en plus difficile, elle fut obligée de se servir d'un bâton. Pendant ce temps, elle se plaignait de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, ainsi que d'une douleur au genou gauche, qui présente bientôt une arthropathie avec épanchement. Elle alla de nouveau à Saint-Louis où on lui fit des pointes de feu au genou et une série de 10 piqûres d'arsénobenzol (une par semaine).

L'arthropathie guérit, mais la marche demeure toujours pénible. La malade décida alors d'aller consulter le Dr Quéry, qui lui fit une série de 10 piqûres de son sérum pendant 20 jours, l'améliora sensiblement, dit-elle, à tel point qu'elle n'eut plus besoin de sa canne pour marcher. Mais ses moyens de fortune ne lui ayant permis de continuer ce traitement, elle ne tarda pas, deux mois après, par avoir de nouveau recours à sa canne, qu'elle garde encore aujourd'hui, malgré tous les autres traitements qui lui furent institués par la suite.

Les douleurs fulgurantes sont exaspérées par la fatigue et le changement de température, ses cheveux tombent, ses dents se déchaussent et s'éliminent morceau par morceau sans aucune douleur, les bourdonnements d'oreilles sont intenses ; la malade se plaint des mouches devant les yeux, elle perd l'appétit, son amaigrissement est considérable, de 75 kilogr., son poids est tombé à 44 kilogr.

Avant son entrée à St-Louis, elle a subi une série de piqûres mercurielles ou pris du sirop de Gibert, 15 jours par mois durant un an, jusqu'à la fin de l'année 1919.

*Antécédents héréditaires.* — La mère âgée de 56 ans est épileptique depuis plusieurs années, le père est mort à 52 ans d'une

congestion cérébrale. La mère a fait une fausse-couche. Elle a deux sœurs bien portantes, et un frère qui est mort à 9 mois d'une méningite. Son mari, dit-elle, est bien portant.

*Antécédents personnels.* — A toujours été bien réglée. Pas de fausses couches, D. R., 1<sup>er</sup> novembre 1919.

#### EXAMEN GÉNÉRAL.

*Troubles nerveux.* — On note des troubles de la marche très marqués, une incoordination motrice avec atrophie musculaire des membres inférieurs, une abolition des réflexes, rotuliens et achilléens; une anesthésie plantaire, et une anesthésie par plaques des membres inférieurs, une paresthésie avec retard des perception de la paroi abdominale, une inégalité pupillaire, le signe d'Argyll Robertson.

*Troubles gastriques.* — La malade se plaint de crampes d'estomac avec des nausées.

*Troubles vésicaux.* — Incontinence d'urine très marquée.

Le 8 avril 1920, une prise de sang donna la réaction de fixation H. 6. et le traitement suivant fut alors institué.

Novoarsénobenzol 0.15 cg par jour en injections intraveineuses pendant un mois. A partir du 28 avril injections de calomel qu'on a été obligé de suspendre à cause des fortes douleurs que ces injections lui occasionnaient.

Reprise du novoarsénobenzol intraveineux, à raison de 0,30 cg la première semaine, puis 0,45 cg une fois par semaine jusqu'à la première quinzaine du mois d'août, en tout 10 piqûres à 0,45 cg. Ce traitement parut améliorer les troubles gastriques, ainsi que l'état général de la malade, qui supportait assez bien la grossesse.

*Examen obstétrical.* — Au 7<sup>e</sup> mois M. Cathala constata un utérus augmenté de volume, sans hydramnios (point intéressant), un col long fermé, des culs de sacs libres, un utérus mobile; l'enfant est en position gauche et se présente par le sommet; tête engagée, bruits du cœur bons, bassin normal.

La malade ne sent remuer, que lorsqu'elle met la main sur

le ventre. La sensibilité de la vulve n'est pas abolie, mais diminuée légèrement.

La tension artérielle au Pachon était de  $\frac{Mx}{mn} \frac{16}{10}$

Cœur normal.

Urines non albumineuses.

A partir du 5<sup>e</sup> mois, la malade perd ses urines, et se plaint de fortes douleurs lombaires en ceinture, « tout comme si elle allait accoucher ».

*Examen obstétrical à terme.* — Ni œdèmes, ni varices, seins bien conformés, pas de vergetures, utérus normalement développé, tension des parois normale, présentation du sommet, engagement effectué, position O I G A, bassin normal, auscultation des bruits du cœur normaux, urines normales.

Le 8 août, on constata au toucher une dilatation de un franc.

Le 10 août au matin, quelques fortes douleurs avec pertes des eaux, mais les douleurs diminuent et ce n'est que le lendemain à 11 h. qu'elles reprennent à nouveau, à 15 h. 30 dilatation complète, l'accouchement eut lieu avec très peu de contractions ; la période d'expulsion dura 30 minutes.

La malade mit au monde une enfant vivante du poids de 2140 gr., bien conformée. Le placenta pesait 620 gr., membranes complètes, liquide amniotique normal, pas de lésions vulvo-périnéales, quantité de sang perdu normale.

L'enfant ne présentait aucun stigmate de syphilis ; il fut mis au sein de sa mère qui avait une grande quantité de lait, et augmentait régulièrement de poids ; mais vers le 13<sup>e</sup> jour l'enfant mourut de convulsions, sans cause apparente, en l'espace de 2 heures.

La malade continua son traitement à l'hôpital, et dit avoir été très fatiguée par sa grossesse ; en effet, j'ai constaté chez elle un grand amaigrissement, une déminéralisation complète. Cependant les troubles urinaires ont disparu, et les crampes d'estomac ont bien diminué depuis l'accouchement.

## CRISES DE FAUX ACCOUCHEMENTS

Dans l'observation XVI, Abadie et Grenier de Cardenal observèrent pour la première fois, chez une tabétique ayant eu un accouchement indolore, des crises de faux-accouchement.

Voilà comment ils décrivent une de ces dernières : Ces crises surviennent brusquement le jour ou la nuit, surprenant la malade au milieu de ses occupations ou dans son sommeil. Les douleurs débutent d'abord dans les flancs, au niveau des régions ovariennes, puis irradient jusqu'aux parties génitales externes, créant le besoin d'uriner ; elles s'accompagnent de sensation de gonflement du ventre, obligeant la malade à desserrer ses vêtements et à se coucher ; elles sont intermittentes, puis se propagent dans les lombes et la région sacrée ; en même temps apparaissent des douleurs lancinantes dans les profondeurs du bassin.

Dès le début de ce syndrome douloureux, la malade ressent la sensation de descente d'un corps étranger volumineux, qui cherche à s'engager dans la filière pelvienne.

Cette sensation augmente dans la station debout et la marche, elle oblige la malade à rester sur le dos. Au fur et à mesure que les douleurs croissent, la sensation de descente s'accroît de plus en plus. La malade serre sa taille à deux mains, presse sur son ventre, contracte ses muscles abdominaux, pousse de toutes ses forces et donne absolument l'impression d'une femme qui accouche.

Plus elle veut se retenir, sachant l'inutilité de ses efforts, plus elle est obligée de pousser malgré elle.

Elle n'a jamais à ces moments d'incontinence d'urine ou des matières. Parvenu à son paroxysme, le syndrome douloureux diminue progressivement, la sensation de corps étranger persistant la dernière et laissant après elle la sensation permanente de ventre douloureux. Dans le cas rapporté par Abadie et G. de Cardenal, ces crises reviennent tous les 10 jours, bien plus accentuées au moment des règles. Au début, elles apparaissent seulement à l'époque de la menstruation.

Ces crises sont à rapprocher des douleurs éprouvées par certaines tabétiques, douleurs qui sont localisées dans les organes génitaux internes et qui sont volontiers comparées par les malades aux fortes douleurs menstruelles.

Au point de vue de la pathogénie, il semble paradoxal qu'une femme tabétique, ayant accouché une fois sans douleurs, indice de l'imprégnation profonde par le tabès, soit atteinte de semblables crises. Abadie explique ces crises de faux-accouchement par l'irritation des racines lombo-sacrées par le processus tabétique, irritation qui donne lieu à un syndrome douloureux siégeant sur les voies génitales et rappelant les douleurs de l'enfantement.

---

## DESCENDANCE DES TABÉTIQUES

---

Que deviennent les enfants conçus par une mère atteinte de tabès ?

Si l'on considère l'état de déchéance physique qui frappe la plupart des tabétiques, on est tenté de penser que si ces enfants n'ont pas été influencés in utero par la maladie, ils le seront quelque temps après la naissance, ou porteront plus tard des stigmates de dégénérescence qui diminueront les chances de vitalité de ces enfants.

L'avortement et la mortalité infantile s'observent fréquemment chez les tabétiques, mais ce n'est pas le tabès qu'il faut incriminer, mais la syphilis.

Quelle influence le tabès a-t-il sur le fœtus ?

Aucune. Moebius, rapporte quelques observations de femmes tabétiques dont les enfants conçus et nés en pleine évolution du tabès, furent bien portants. Il ajoute d'ailleurs que c'est là un fait normal.

Erb, Goldflam citent eux aussi quelques observations semblables. Heitz paraît être le seul à penser que « le descendant d'une mère tabétique, s'il vit, restera toujours un dégénéré, un dystrophique ».

Par contre, Mlle Sandberg tout récemment, dans sa thèse sur la descendance des tabétiques, tout en consta-

tant « la fréquence extrême de la stérilité chez les ataxiques » conclut à l'intégrité de la descendance des tabétiques féconds.

Mendel, Pitres, ont étudié la descendance des femmes tabétiques, ont montré combien la stérilité était plus fréquente chez elles que chez les femmes normales. Pitres, Milian ont fait remarquer que la proportion des enfants vivants chez les tabétiques était plus considérable après l'éclosion du tabès qu'avant. C'est ainsi que Pitres, sur 90 grossesses survenues après l'apparition du tabès, a noté 65 enfants (72 p. 100) vivants et bien développés, 11 morts-nés (12 p. 100), et 14 morts prématurément (16 p. 100). Dans la statistique du même auteur, sur 393 enfants venus au monde avant le tabès, 221 (soit 56 p. 100) ont vécu, 89 (soit 23 p. 100) sont mort-nés, et 83 (soit 21 p. 100) sont morts prématurément.

Dans la statistique de Milian, la mortalité avant le tabès est de 58 p. 100 et après de 50 p. 100.

Mme Gaussel-Ziegelmann a relevé 68 grossesses dont 41 avant le tabès et 27 après son début : la survie des enfants a été de 29 p. 100 (soit le tiers), dans la période tabétique, et de 67 p. 100 (soit les deux tiers), après l'apparition du tabès.

Nous avons recherché dans les observations de tous les auteurs dont nous avons cité plus haut les publications, quel a été le sort des enfants conçus après l'apparition du tabès et celui des enfants conçus par les mêmes femmes avant ou tout au début du tabès. Nous relevons 61 grossesses, dont 48 avant ou au premier stade du ta-

bès, et 13 après l'éclosion du tabès ; la survie des enfants a été dans notre statistique de 23 p. 100 dans la période prétabétique, et de 76 p. 100 dans la période d'ataxie confirmée. Comme on le voit, l'enfant né d'une mère tabétique a plus de chances de vivre qu'un enfant né avant l'éclosion du tabès ; cette amélioration du produit de conception s'explique par l'atténuation du virus syphilitique quand apparaissent les signes du tabès.

Au point de vue de l'hérédité, on s'est demandé comment se comporteront dans l'enfance ou l'adolescence, les enfants issus des mères tabétiques, s'ils ne porteront pas avec eux quelque tare originelle les rendant plus aptes à réaliser certaines maladies, en particulier les maladies nerveuses.

Pitres, en parlant de l'avenir des enfants des tabétiques, s'exprime ainsi : « A part quelques très rares exceptions, ces enfants sont bien constitués, leur développement physique et intellectuel se fait normalement, leur santé est excellente. Parmi les 286 rejetons issus des tabétiques dont nous avons dépouillé les observations, plusieurs ont déjà dépassé la vingtième année, et quelques-uns ont atteint la trentième et même la trente-cinquième. Aucun d'eux n'est atteint de tabès, de maladie de Friedreich, ni d'aucune autre affection des centres nerveux. Aucun ne porte de stigmates grossiers de dégénérescence physique ou mentale. Aucun n'est idiot ou épileptique. Aucun ne présente de symptôme de syphilis héréditaire tardive. Quelques-uns ont des maladies évidemment indépendantes de leur hérédité ; l'un a de la cyanose congénitale par inoblitération du trou de Botal, l'autre a une cardio-

pathie rhumatismale ; quelques-uns ont eu des manifestations scrofuleuses ou sont devenus tuberculeux. En immense majorité, ils sont sains de corps et d'esprit. »

Milian, Raillard, Mlle Landberg, admettent que ces sujets restent exposés aux tares que crée la syphilis, au même titre que tous les descendants des syphilitiques, mais que le tabès ne semble pas exagérer cette hérédité pathologique.

M. Déjerine considère que le tabès héréditaire est une exception, que l'hérédité indirecte est beaucoup plus importante.

M. Raymond (*Progrès Médical*, avril 1897), discute également la question du tabès héréditaire ; il fait remarquer que le nombre des cas de tabès héréditaire est peu considérable, et que la plupart des cas décrits comme tels, ne sont en réalité que des cas de maladie de Friedreich.

La plupart des auteurs qui ont rapporté des cas de tabès juvénile tels que Leyden, Strümpell, E. Mendel, B. Remak et Fournier, considèrent ces cas comme d'origine hérédo-syphilitique.

Quoiqu'il en soit le tabès ne paraît pas être une maladie susceptible de se transmettre héréditairement, sous des formes similaires ou dissemblables, des ascendants aux descendants.

---

## INFLUENCE DE LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT SUR LE TABÈS

---

Auvard, dans son traité d'accouchements, dit : « La grossesse passe sur le système nerveux comme un orage sur une récolte en y produisant des dégâts plus ou moins considérables, mais en général passagers ».

Cette question est sujette à controverse, et à l'heure actuelle les avis sont très partagés.

Médail, dans une observation, montre l'amélioration des signes tabétiques chez sa malade après l'accouchement. D'un autre côté, Thiess note un cas où le tabès aurait subi un arrêt dans son évolution. Abadie et Grenier de Cardenal croient que la grossesse atténuerait plutôt les manifestations douloureuses. Dans le cas publié par M. le professeur Frùhinsholz, la grossesse n'a pas sensiblement réagi sur le tabès.

Par contre, Heitz va jusqu'à poser la question de l'avortement provoqué dans le but d'empêcher l'aggravation du tabès. Bernhardt provoqua l'avortement chez une tabétique pour calmer les douleurs insupportables ressenties par la malade.

Dans certains cas, on a noté une exagération des symptômes tabétiques. Les crises de douleurs fulguran-

tes (Pitres, Grenier de Cardenal, Heitz, etc.), les crises gastriques avec vomissements graves sont signalées par Friedrichsen, Grenier de Cardenal, Dufour et Cottenot), les névrites sont plus marquées. L'incoordination des mouvements est rendue plus évidente par la gêne apportée à la marche par la grossesse. Il y aurait augmentation des troubles sphinctériens et trophiques (fractures, arthropathies) sur lesquels insistent Zaccharias, Thiess, Grenier de Cardenal.

La grossesse est donc capable d'exercer une action nocive sur les lésions des cordons postérieurs de la moelle. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question s'accordent à constater la réaction intense de la grossesse sur le tabès, le coup de fouet vraiment prodigieux que peut imprimer l'état puerpéral sur la lésion médullaire. D'ailleurs personne n'ignore l'influence généralement néfaste qu'exerce la grossesse sur l'évolution des maladies.

Toutefois, si quelques cas de tabès ont repris après l'accouchement leur évolution normale, il n'en est pas de même des autres malades qui ont vu leur affection s'aggraver. Dans un cas de Grenier de Cardenal, la femme devient impotente après l'accouchement, et les troubles de la miction et la défécation s'aggravèrent. Touche signala chez sa malade des crises gastriques et des crises de rétention d'urine plusieurs mois après son accouchement, ainsi que des crises utéro-ovariennes coexistant avec ses crises gastriques. Dans l'observation de Thiess, nous voyons aussi le tabès s'aggraver après la grossesse. Nous rappelons aussi que dans l'observation

d'Abadie et Grenier de Cardenal un premier accouchement fut le point de départ de crises de faux-accouchement durant encore plusieurs années après la grossesse et très pénibles pour la malade.

## TRAITEMENT DES TABÉTIQUES EN ÉTAT DE GESTATION

---

En présence d'une tabétique, le traitement anti-syphilitique s'impose, surtout si cette tabétique est enceinte, et est atteinte de vomissements incoercibles, de névrites, des troubles urinaires ou autres.

On peut ainsi espérer, dans les cas heureux, guérir cette syphilose nerveuse avant que les lésions étendues et définitives de sclérose et de dégénérescence consécutives ne se soient établies. On peut espérer tout au moins en ralentir la marche et en limiter les dommages.

Le traitement est aussi indiqué dans l'intérêt de l'enfant, surtout quand la syphilis est peu ancienne ou quand la femme a eu antérieurement des avortements, des accouchements prématurés, ou bien est accouchée d'enfants morts.

Quel est donc le traitement de choix ?

Jusqu'ici les accoucheurs avaient une préférence pour le mercure, mais actuellement les partisans de la médication arsénicale sont de plus en plus nombreux.

Dans le tabès au début, le tabès non traité, le tabès en évolution, il faut instituer un traitement énergique et persévérant. Et puisqu'il faut frapper vite et fort, l'arsenic est tout désigné, à moins d'intolérance ou de con-

tre-indications. La méthode qui paraît être la mieux supportée est celle des doses faibles répétées et prolongées (Sicard, Jeanselme). Les quelques rares auteurs qui ont institué un traitement antisypilitique chez leurs malades tabétiques et en état de gestation ne mentionnent pas le médicament employé. Mirabeau, dans son observation, dit avoir obtenu une amélioration sensible des troubles chez sa malade et avoir pu ainsi mener la grossesse à bon terme, grâce à un traitement syphilitique. Dufour et Cottenot dans l'observation I, ont institué chez leur malade atteinte de vomissements incoercibles un traitement continu sous forme de piqûres de bi-iodure de Hg qui améliora l'état de la malade, laquelle accoucha à terme normalement. Notre malade avant de rester enceinte fut soignée au Hg et au novoarsenobenzol et sa première grossesse a débuté 9 ans après son mariage, après avoir suivi un traitement pendant trois à quatre ans. Il y a donc lieu de se demander, si le traitement anti-sypilitique n'a pas été ici la cause de la conception, dont la malade avait perdu tout espoir.

Il en résulte que le traitement spécifique est toujours nécessaire quand on se trouve en présence de femmes enceintes atteintes de tabès confirmé ou de signes isolés du tabès, tels que des crises gastriques avec vomissements, qui, très souvent, sont mises sur le compte de la grossesse. Le traitement qui paraît le meilleur à l'heure actuelle est l'arsenic à doses fractionnées en surveillant la tolérance du malade, ou bien le traitement mixte qui a déjà fait ses preuves dans le traitement de la syphilis cutanée et viscérale.



## Conclusions

---

De l'étude des rapports du tabès et de la puerpéralité, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

### TABÈS ET FÉCONDATION.

La stérilité est 3 fois plus fréquente dans les unions de tabétiques que dans celles de sujets normaux.

En présence d'une stérilité d'origine inconnue, avec ou sans appétit sexuel, il importe de toujours penser à la stérilité d'origine tabétique et spécifique ; celle-ci peut être antérieure au tabès, ou se manifester après l'apparition de celui-ci ; un traitement d'épreuve est de rigueur toutes les fois que les autres causes de stérilité pourront être éliminées.

### TABÈS ET GROSSESSE.

Chez les femmes enceintes, atteintes de tabès, on note souvent une accentuation des phénomènes sympathiques, en particulier des vomissements, qui peuvent prendre le type des vomissements incoercibles.

Ces vomissements incoercibles d'origine tabétique, pouvant être le premier signe révélateur d'un tabès au début, qui se manifeste à l'occasion d'une grossesse, doi-

vent être soigneusement différenciés des vomissements incoercibles gravidiques purs, d'origine auto-toxique ; le traitement spécifique d'épreuve est indiqué dans ces cas, et il pourra donner la solution d'un problème diagnostique difficile.

Au cours de la grossesse des tabétiques confirmées, on note souvent la non-perception par la mère des mouvements actifs du fœtus pendant toute la durée de la gestation, ce qui témoigne de l'anesthésie profonde provoquée par le tabès.

#### TABÈS ET ACCOUCHEMENT.

Le tabès peut rarement être une cause de dystocie (inertie utérine, bassin vicié par arthropathies, fractures).

Le tabès peut être au contraire une cause d'eutocie, en conférant à la femme le privilège d'accoucher sans souffrir (accouchements indolores).

#### DESCENDANCE DES TABÉTIQUES.

De l'étude des diverses statistiques, il résulte que la survie des enfants nés de tabétiques est d'au moins un tiers pour ceux qui sont nés avant l'apparition du tabès et de  $2/3$  pour ceux qui sont nés de tabétiques confirmés.

Les enfants issus de tabétiques sont généralement normalement constitués.

#### ACTION DE LA PUERPÉRALITÉ SUR LE TABÈS.

La grossesse, l'accouchement, la menstruation peuvent aggraver certains symptômes du tabès, tels que les

crises gastriques, les douleurs fulgurantes, les troubles sphinctériens. Mais l'évolution du tabès semble être peu influencée par la gestation.

Au point de vue thérapeutique, l'accouchement provoqué conseillé par Heitz, est loin de s'imposer comme une règle de conduite à tenir chez les femmes enceintes atteintes de tabès ; au contraire, celles-ci doivent être considérées au point de vue obstétrical comme une femme normale. Mais pour sauvegarder le produit de la conception, il importe, dès le début de la grossesse, de soumettre la mère à un traitement spécifique.

*Vu le doyen,*

ROGER.

*Vu le Président,*

JEANSELME.

*Vu et permis d'imprimer :*

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

APPELL.

---



## Bibliographie

---

- ABADIE (J.). — Les ostéo-arthropathies vertébrales dans le tabès. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1900, n° 2, 3 et 4.
- ABADIE et GRENIER DE CARDENAL. — Accouchements indolores et crises douloureuses de faux accouchement dans le tabès. *Province méd.*, 22 sept. 1906, 446.
- ALLEN (E. M.). — Coincident pregnancy and tabes dorsalis. *J. Am. M. Ass*, Chicago 1917, LXIX, 979.
- BAR. — La pratique de l'art des accouchements, tome II, 3<sup>e</sup> édition, p. III-III2.
- BARGUES. — Syphilis conceptionnelle latente aboutissant au tabès, *Gaz. hebd. d. Sc. Méd. de Bordeaux*, 1912, XXXIII, 448.
- BASSUET (Marcel). — La descendance des tabétiques, *Thèse Paris*, 1904-5, n° 125, p. 152.
- BATOULEFF. — Contribution à l'étude du traitement du tabès. Traitement arsénical, salvanothérapie. — *Thèse Lyon*, 1914-15, n° 67, 63 p.
- BECHER (H.) KOCH (R.). — Ein Fall von durch Salvarsan besonders günstig beeinflusster Tabes dorsalis. *Therap. Monatsch. Berl.* 1914, XXVIII, 566-569.
- BÉRIEL (L.) et GONNET (A.). — Sur l'emploi de la médication arsénicale d'Erlich dans le tabès, *Lyon Méd.* 1914, CXXIII, 77-80.
- BLUM. — Tabes, ictère, par 606. *Ann. de mal. vén.* Paris 1917, XII, 748.

- BRAILLON. — Accidents gravido-tabétiques, *La Clinique*, Paris, 1912, VII, 788-791.
- BRAMWELL (Byron). — Analysis of 155 cases of tabes. *Brain*, Lond., 1902, 69, (Descendance des tabétiques).
- BRUAS. — La grossesse dans les névroses, les psychoses et en particulier dans la paralysie générale, *Th. de Bordeaux*, 1902, n° 52.
- CIARLA (E). — Un caso di tabe dorsale trattato con iniezioni endorachidee sottodurali di neosalvarsan e seguito da morte, *Rev. di patol. nerv.* Firenze, 1915 XX, 633-646.
- COHN. — Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis. *Centralbl. f. Gynäkol.*, Leipzig, 1902, n° 16, 421.
- COLIEZ. — Les accouchements inconscients et sans douleurs, *Thèse Paris*, 1899, n° 420.
- DA SILVA (C.). — Tabes et Salvarsan. *Tr. Internat. Cong. Méd.*, Lond., 1914, sect. XIII, Dermat. et syph., pt. 2. 345-50.
- DREVON (P. J. M.). — Contribution à l'étude du traitement du tabès par les injections de calomel, *Thèse Lyon*, 1905-6, n° 17.79 p.
- DUFOUR et COTTENOT (P.). — Des vomissements incoercibles de la grossesse dans leurs rapports avec les lésions du système nerveux, *Revue neurol.*, Paris, 1910, 15 févr. 129-135.
- DUFOUR (H.) et COTTENOT (P.). — Tabès et grossesse, vomissements graves incoercibles par crises gastriques tabétiques. *Revue Neurol.*, Paris, 1908, XVI, 1345-1348. — *Tribune méd.*, Paris, 1909, n. s., XLI, 5. — *Bull. et mém., Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1909, 3, s., XXVI, 211-214.
- ERB. — Zur Ätiologie der Tabes dorsalis, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1883, n° 32, 483.

- FLEUR (J. F.). — Deux cas de tabès dorsalis dans la grossesse et le travail. *Tijdschr. v. prakt. verlosk.*, 1919-20, XXIII, 355-358.
- FRIEDRICHSEN (F.). — Über Tabes dorsalis beim weiblichen Geschlecht. *Inaug. Diss.*, Berlin, 1893, 56, p. 80.
- FRÜHNSHOLZ (A.) et REMY. — Tabès et puerpéralité, accouchement indolore, *Revue Méd. de l'Est*, Nancy, 1912, XLIV, 193-204.
- GAUSSEL-ZIEGELMANN (Mme). — Tabès et puerpéralité. *Obstétrique*, Paris, 1910, n. s. III, 540-552.
- GOLDLAM. — Klinischer Beitrag zur Aetiologie der Tabes. *Deutsche Zeitsch. f. Nervenhe.*, 1892.
- GONNET (A.). — Parésie du deltoïde après injection de néosalvarsan chez un tabétique, *Lyon méd.*, 1914, CXXII, 432-435.
- GRASSET. — Le tabès, maladie de la sensibilité profonde, *Travaux et mémoires de Montpellier*, 1 vol. 1909.
- GRENIER DE CARDENAL (H.). — Rapports du tabès avec la grossesse, l'accouchement, *Thèse Bordeaux*, 1902-1903.
- HANDBUCH der Geburtshülfe, Herausgeg. von Winckel, Wiesbaden, Bergmann, 1903. Erkrankungen des Centralnervensystems.
- HANDBUCH der Geburtshülfe. Herausg. von A. Döderlein, Wiesbaden, 1916, 2. Bd. p. 480-481, Tabès dorsalis.
- HEITZ. — Grossesses et accouchements chez les tabétiques, *Gaz. hebdom. de Méd. et Chir.*, Paris, 1902, n° 56, 649.
- HOSSLIN (von). — Die Schwangerschaftsaffektionen der Mutter. *Arch. f. Psychiat.*, Berl., 1904 ; XXXVIII, Tabes, p. 802-803.
- HUET. — Accidents gravido-tabétiques. *Thèse de Lille*, 1912-13.
- JAKUB. — Schwangerschaft und Geburt bei Tabes dorsalis. *Centralbl. f. Gynäk.* ; Leipzig, 1911, XXXV, 1273-1278.

- KARCZAG (L.). — Die Behandlung der Tabes dorsalis mit Neosalvarsan nach Leredde, *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipzig, 1917, XLIII, 1261.
- LEREDDE. — Guérison d'un cas de tabès par trois injections de Salvarsan, *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, Paris, 1912, XXIII, 164-168.
- Action du Salvarsan sur les phénomènes douloureux des tabétiques, *Bull. Soc. fr. de dermat. et syphilig.* ; Paris, 1912, XXIII, 366-375.
- LEREDDE (E.). — Traitement du tabès, Paris, Maloine, 1918.
- LEYDEN. — Uber ein Fall von gastrik krise (vomissements incoercibles chez une tabétique) *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1888.
- LICHKUS (L. G.). — Accouchement compliqué de tabès dorsalis. *Vratch.*, St-Petersb. 1885, VI, 268-270. Anal. in *Centrabl. f. Gynäk*, Leipzig, 1885, n° 160.
- MAC DONALD (A.). — Note of a case of spasmodic contraction of the lower uterine segments during the first stage of labour, *Edinburgh, M. J.*, 1879, XXIV, 913-919.
- MANSFIELD (H. Y.). — Treatment of tabes dorsalis by intra-the-cal injections of Salvarsanised serum, *St-Barth. Hosp., J. London*, 1913-14, XXI, 176.
- MARIE (P.) et FOIX (C.). — Le tabès féminin à la Salpêtrière. *Revue neurol.*, Paris, 1911, XIX, II, 802-806.
- MÉDAIL. — Ataxie locomotrice..... grossesse intercurrente..., mort, autopsie, *Bull. de la Soc. d'Anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1885, 231.
- MÉDAIL. — Ataxie locomotrice progressive à évolution rapide ; début par des troubles vésicaux ; grossesse intercurrente ; douleurs fulgurantes, mort, autopsie, *J. de Méd. de Bordeaux*, 1886-7, XXI, 28-31.
- MENDEL (K.) et TOBIAS (E.). — Die Tabes der Frauen, *Monatschr. f. Psychiat, u Neurol.*, Berlin, 1912, XXXI, 29 ; 135.

- MENDEL. — Die Tabes beim weiblichen Geschlecht, *Neurol. Centralbl.*, 1<sup>er</sup> janv. 1901, p. 19.
- MENDEL. — Die Tabes der Frauen, Berlin, Karger, 1912, p. 57.
- MILIAN. — Facultés viriles; fécondité et descendance des tabétiques, *Arch. gén. de Méd.*, Paris 1905, 65.
- MIRABEAU. — Schwangerschaft und Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis, *Centralbl. f. Gynäk.*, Leipz., 1902, n° 5, 125.
- MOEBIUS. — Zur Lehre der Tabes. *Neurologische Beiträge*, 1882.
- NICOLAS et PILLON. — Un cas de tabès traité par le néosalvarsan, *Lyon méd.*, 1914, CXXIII, 80-82.
- OBERNIER. — Experimentelle Untersuchungen über die Nerven des Uterus, Bonn, 1865. (Accouchement chez une tabétique sans incidents).
- OFFERGELD. — Ovarialkrisen im Verlaufe der Tabes dorsalis. Ein Beitrag zur Kenntnis der genitalen Krisen tabischen Frauen. *Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk.*, Leipz., 1901-2, XVI, 373-389.
- PENKERT. — Tabes dorsalis im Geschlechtsleben der Frau, *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, B D 29, 1909, 141.
- PERNET (R). — Contribution à l'étude du tabès féminin. Etude comparée du tabès à Bicêtre et à la Salpêtrière. *Thèse Paris*, 1913-14, n° 313, 76 p.
- PERRIN (P). — Des vomissements graves de la grossesse dans leurs rapports avec des lésions du système nerveux. *Thèse Paris* 1910-1911, n° 13.
- PITRES. — Tabès et mariage. Etude sur la fécondité des tabétiques et l'avenir de leur descendance. *Congrès internat. de Méd. de Madrid*, 1903.  
*J. de Méd. de Bordeaux*, 12 juillet 1903.
- RAFINESQUE (M). — Le syndrome crise gastrique, sa valeur clinique et étiologique. *Thèse Paris*, 1911-12.
- RAILLARD (L). — Recherches sur la descendance des tabétiques *Thèse Bordeaux*, 1902.

- SAINTON (P). — Traitement du tabès. *J. Méd. Français*, Paris 1909. *Consultations méd. franç.*, Paris 1910, n° 11.
- VON SALIS. — Zwei Fälle von Tabes dorsalis bei Frauen, *Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1915, XIV, 1498.
- SANDBERG (Mlle). — La descendance des tabétiques, *Thèse Paris*, 1903.
- SPILLMANN et PERRIN. — Etude sur la paralysie générale et le tabès, Paris, Poinat, 1912, p. 60.
- STRACK (J. G.). — Tabès et puerpéralité, *Thèse Nancy*, 1912, 71, p. 80.
- THIESS. — Tabes dorsalis und Gravidität, *Centralbl. f. Gynäk.*, Leipz., 1906, 569.
- THIES (T). — Tabes dorsalis und Schwangerschaft, *Charité Annalen*, Berl., 1910, Bd XXXIV, 590-591.
- TOUCHE. — Deux formes anormales des crises gastriques du tabès. Grossesse compliquée de vomissements incoercibles suivie de tabès avec crises gastriques, *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 1900, 549-552.
- WILSON (T.). — A case of locomotor ataxy occurring in a young woman, tabetic arthropathy with dislocation of both hips ; six pregnancies occurring in the course of disease, *Proc. Roy. M. et Chir., Soc. Lond.*, 1895-6, IX, 8-10.
- YEGIAZAROFF (I. N.). — Traitement du tabes par le Salvarsan ; succès dans un cas, *Trudi i Protok. Imp. Kavkazk méd. obst.*, Tiflis, 1914, I. 259-287.
- ZACHARIAS (P.). — Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis, *München med. Wochenschr.*, 1907, LIV, 321-323.
-

---

Amédée Legrand, Editeur, Paris

---





